Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale

LA SANTÉ MENTALE

PRÉVENIR, TRAITER ET RÉADAPTER EFFICACEMENT

1 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

AVIS
Comité de la santé mentale du Québec
AVIS

Québec

LA SANTÉ MENTALE

PRÉVENIR, TRAITER ET RÉADAPTER EFFICACEMENT

1 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

Table des matières

Note aux lecteurs VII

Remerciements XI

Introduction 1

Première partie
L'efficacité des modes préventifs d'intervention en santé mentale chez les adultes 3

Deuxième partie
L'efficacité des psychothérapies, de la thérapie électroconvulsive et des médicaments 15

Troisième partie
L'efficacité du support dans la communauté et des interventions de réadaptation chez les adultes ayant des troubles psychiatriques majeurs 29

Recommandations 47

Recommandations générales ayant trait à la recherche 48
Recommandations spécifiques ayant trait à la recherche 49
1. prévention 49
2. traitement 50
3. réadaptation et support dans la communauté 52

Recommandations générales ayant trait à l'éducation 53
Recommandations spécifiques ayant trait à l'éducation 54
1. prévention 54
2. traitement 54
3. réadaptation et support dans la communauté 55

Recommandations générales ayant trait à la distribution des services **56**

Recommandations spécifiques ayant trait à la distribution des services **57**

1. prévention **57**
2. traitement **58**
3. réadaptation et support dans la communauté **60**

Bibliographie **63**

— relative à l'efficacité des modes préventifs d'intervention en santé mentale chez les adultes **63**

— relative à l'efficacité des psychothérapies, de la thérapie électroconvulsive et des médicaments **73**

— relative à l'efficacité du support dans la communauté et des interventions de réadaptation chez les adultes ayant des troubles psychiatriques majeurs **101**

Liste des remerciements **113**

Note aux lecteurs

Cet Avis a été développé à la demande du ministre des Affaires sociales du Québec en vue de faciliter le développement d'une politique de santé mentale. D'autres rapports visant la même fin ont en même temps été mis au point par le Comité de la santé mentale du Québec. Ils portent sur

— la notion de santé mentale,

— les expériences étrangères en santé mentale,

— la protection et le développement de la santé mentale des jeunes,

— et les ressources alternatives en santé mentale.

En regard de ce projet du Québec de se doter d'une politique de santé mentale, il convenait certes de faire le point sur l'efficacité des moyens auxquels ont recours les intervenants en santé mentale et d'amasser quelques autres données susceptibles de suggérer pour le moins des études d'efficience dans ce secteur.

L'importance de l'efficacité et de l'efficience en santé est de plus en plus reconnue, ici et ailleurs. C'est ainsi que des collègues belges — qui ont récemment procédé à une évaluation du système de santé de leur pays — présentent comme suit dans leur rapport[1] les critères sur lesquels ils ont cru bon de s'appuyer pour faire leur évaluation :

> « Notre bilan sera donc présenté selon les critères suivants :
> Nous attendons de notre système de santé,
>
> 1. qu'il soit juste dans ses résultats et tende à réduire les inégalités sociales face à la santé
> 2. qu'il soit adapté à l'être humain, c'est-à-dire qu'il soit à la fois « chaleureux » et favorable à l'autonomie de la personne humaine
> 3. qu'il soit efficace et efficient. »

1 Comité du Germ : « 1945-1984 : Vers une politique de santé ? Un bilan de notre système de santé », dans *Les Cahiers du Germ*, no 178, 1984.

Revenant sur ces critères, ils précisent ailleurs le sens qu'ils accordent aux concepts d'efficacité et d'efficience :

> « Nous attendons de notre système de santé qu'il soit juste socialement, qu'il soit adapté à l'être humain, mais aussi bien sûr qu'il contribue à améliorer la santé de la population (c'est-à-dire qu'il soit « efficace ») et ce au moindre coût (c'est-à-dire qu'il soit « efficient ») ».

Cet Avis — que composent quatre documents[2] — est l'oeuvre principalement de trois des membres du Comité de la santé mentale du Québec, soit du Dr Yves Lamontagne, Directeur du Centre de recherche psychiatrique à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, du Dr Francine Lavoie, Professeure de psychologie à l'Université Laval, et de madame Lise Tessier, Conseillère cadre au Service de la planification et de la programmation du Centre de services sociaux du Montréal-Métropolitain.

Le Comité de la santé mentale du Québec a été créé en 1971. Il a pour mandat général de coopérer à la réalisation des activités de planification dont le ministère des Affaires sociales a la responsabilité dans le champ de la santé mentale. Ses membres sont nommés par le gouvernement du Québec. Ils proviennent du secteur des Affaires sociales, des universités, et incluent des représentants des utilisateurs des services de santé mentale et de leurs familles.

Au moment de l'achèvement de cet Avis sur l'efficacité des modes d'intervention en santé mentale, le Comité est composé comme suit :

Gaston Harnois, président,
Roger Paquet, vice-président,
Ellen Corin,
Nicole Fontaine,
Christine Gourgue,
Frédéric Grunberg,
Michelle FitzGerald,

---

2 Comité de la santé mentale du Québec, *La santé mentale : prévenir, traiter et réadapter efficacement — Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale*

1- Synthèse et recommandations
2- L'efficacité de la prévention
3- L'efficacité du traitement
4- L'efficacité de la réadaptation

Éditeur officiel du Québec, 1985.

Laurent Houde,
Mireille Lajoie,
Yves Lamontagne,
Francine Lavoie,
Maurice Roy,
Guylaine Séguin-Tremblay
et Lise Tessier.
Enfin, Pierre Vendette agit à titre de secrétaire du Comité.

Gaston Harnois

Le 1er janvier 1985

Remerciements

Les principaux auteurs de cet Avis ont bénéficié de très nombreux et très précieux appuis pour sa préparation. On trouvera, à la fin de ce document, une longue liste de personnes et d'organisations auxquelles ils adressent des remerciements. Certaines collaborations ne pouvant être mentionnées pour diverses raisons, les auteurs n'en adressent pas moins à ceux qui en furent responsables l'expression de leur vive reconnaissance.

Introduction

Le vaste et complexe domaine de la santé mentale est à nouveau l'objet de nombreuses interrogations au Québec.

Rien n'échappe, semble-t-il, au questionnement actuel. Et c'est heureux. Rappelons-nous qu'une période d'évaluation aussi intense a permis à ce milieu de connaître une évolution remarquable au début des années soixante. D'ailleurs, n'est-il pas indiqué de se demander si les difficultés qu'il connaît présentement ne découlent pas — pour une bonne part — de l'indifférence qu'on lui a manifestée dans notre société au cours de la dernière décade ?

Plusieurs des questions posées ont trait à la valeur des moyens auxquels font appel les intervenants de ce secteur, à la capacité de ces moyens à remplir leurs promesses de prévention ou de résolution de troubles mentaux ou de problèmes psychosociaux.

La prévention en santé mentale, est-ce un mythe, demandent certains ? Que valent les psychothérapies, demandent d'autres ? Les électrochocs et les médicaments couramment utilisés dans les cas de troubles mentaux sont-ils efficaces ? Le traitement et la réadaptation dans la communauté sont-ils des alternatives valables à l'hospitalisation ?

Pour commencer à répondre à ces questions nous avons donc travaillé à faire le point sur l'évaluation des modes d'intervention en santé mentale.

Les modes d'intervention en santé mentale chez les adultes

Traditionnellement, l'intervention en santé mentale consistait à traiter divers problèmes psychologiques en établissant d'abord une relation thérapeutique. Cette approche comprenait aussi la médication et parfois l'internement dans un milieu hospitalier. Depuis les deux dernières décennies, la prévention et la réadaptation sont devenues des éléments importants dans l'organisation des soins de santé et se sont ajoutées aux autres modes d'intervention. Notre travail porte donc sur l'évaluation des recherches qui ont été accomplies dans ces trois domaines.

Ainsi le premier volet porte sur la prévention. Dans ce chapitre, la prévention est définie d'abord et avant tout comme les efforts

entrepris pour empêcher ou diminuer les probabilités de développement des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux dans la population.

Le second volet porte sur les divers modes de traitement utilisés dans les services de santé. On entend par modes de traitement les principales méthodes d'interventions psychothérapeutiques de même que les interventions pharmacologiques et électroconvulsives.

Enfin, le troisième volet touche à la réadaptation, c'est-à-dire aux efforts visant à réduire les conséquences des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux. Dans ce chapitre, sont particulièrement considérés les efforts récents pour développer des systèmes de support dans la communauté comme alternatives à l'hospitalisation.

Les trois volets sont résumés dans le tableau 1.

Tableau 1

Prévention	**Traitement**	**Réadaptation**
Prévention	Psychothérapies	Interventions familiales
Promotion	Médication	Support dans la communauté
	Électrochocs	

Approche évaluative

Ce travail vise à répertorier et analyser les programmes ayant fait l'objet d'une évaluation systématique. Il limite donc le champ de recherche en excluant les rapports descriptifs ou anecdotiques.

L'évaluation scientifique a pour but de vérifier de façon systématique si, d'une part, un changement avantageux est survenu chez les bénéficiaires et si, d'autre part, le programme ou l'intervention est la cause de ce changement.

En vue de réaliser cette tâche et compte tenu du fait qu'il n'existe aucun standard absolu d'excellence, l'évaluation doit nécessairement comporter une comparaison des comportements ou des résultats obtenus par les bénéficiaires de l'intervention à une ou des mesures suivantes (Wilson et Yager, 1981):

a) *un groupe contrôle* n'ayant pas reçu l'intervention;
b) *un groupe de comparaison* recevant une intervention différente mais visant à atteindre les mêmes buts et objectifs;

c) *un groupe critère* appelé ainsi parce qu'il possède déjà les compétences recherchées;
d) *des données de base* recueillies antérieurement à l'application de l'intervention chez le groupe de bénéficiaires.

Pour conclure à l'efficacité d'une intervention, on se réfère à la mesure de l'atteinte de ses objectifs. Cependant, une appréciation adéquate de l'efficacité ne saurait être faite sans tenir compte des effets secondaires indésirables.

Les avantages de cette approche

Une telle approche évaluative offre de nets avantages dans une démarche de systématisation des connaissances. En effet, elle permet de dépasser le seul jugement subjectif des dispensateurs de services. Elle rend également possible l'identification des ingrédients actifs essentiels à l'obtention de bons résultats dans les diverses interventions. Finalement, une évaluation systématique permet de généraliser les résultats obtenus dans un groupe restreint à une plus grande population.

Les limites de cette approche

Le choix de cette approche évaluative nous oblige à ne pas prendre en considération dans ce rapport certaines interventions prometteuses qui n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques.

Même dans les études retenues, certains critères d'efficacité peuvent se révéler partiels ou peu raffinés et ainsi ne pas répondre aux attentes précises des intervenants. Cela représente une autre limite de cette approche.

Enfin, nous devons souligner que notre rapport ne tient pas compte de l'influence des facteurs non spécifiques qui peuvent jouer un grand rôle dans les résultats d'une intervention comme la réputation d'un intervenant, le coût d'un traitement, etc.

Notre méthode de travail

Les trois volets, prévention, intervention et réadaptation, ont fait l'objet d'une approche légèrement différente. En ce qui concerne les travaux sur la prévention, comme ils étaient peu nombreux, nous avons pu utiliser la lecture des textes originaux. Dans le cas des deux autres volets, le nombre très élevé d'articles a empêché d'utiliser cette stratégie; aussi, nous avons eu recours à des articles de synthèse. Il faut enfin préciser que notre recension des écrits commence en général au début des années soixante.

Première partie

L'efficacité des modes préventifs d'intervention en santé mentale chez les adultes

« Mieux vaut prévenir que guérir ». Cet adage fait couler beaucoup d'encre encore aujourd'hui. En effet, nombreuses sont les personnes qui croient que l'essentiel de notre système de santé et de services psychosociaux doit dorénavant porter sur l'éradication des problèmes à leurs sources mêmes, alors que d'autres soutiennent que la prévention est une tâche impossible pour qui ne connaît pas la cause des problèmes.

Même entre les protagonistes d'une approche préventive, il y a mésentente quant aux stratégies d'intervention. On s'accuse tantôt d'être des révolutionnaires exigeant une distribution plus équitable de la richesse, tantôt de vouloir créer des surhommes ou des surfemmes qui ne feraient que s'ajuster aux conditions actuelles de vie sans les remettre en question.

Il est certain qu'il y a toute une polémique entourant la question de la prévention, d'abord sur la possibilité même de prévenir, sur les stratégies à privilégier et sur l'effort à y consentir en comparaison avec le traitement et la réadaptation.

Par ailleurs, il a toujours été plus facile de parler de prévention chez le nourrisson, le jeune enfant ou l'adolescent. Plusieurs pratiques préventives sont acceptées comme le counseling génétique, le dépistage systématique, les programmes d'éducation sexuelle. Il y a cependant une résistance certaine lorsqu'il s'agit de l'adulte; en effet, il existe moins de programmes, moins de recherches et il y a de nombreux débats en ce qui concerne les valeurs possiblement « imposées » par de tels programmes.

Dans le cadre d'une révision de nos pratiques en santé mentale chez les adultes, il nous a semblé urgent de nous prononcer sur l'à-propos d'investir dans les approches préventives.

Ce texte, qui est essentiellement une recension critique des recherches évaluatives sur des programmes de prévention pour adultes, veut donc contribuer à éclairer les choix politiques et à faciliter le travail des intervenants. Avant de s'attarder aux conclu-

sions de cette recension, il faut préciser ce que nous entendons par prévension.

Nous avons choisi de regrouper sous le mot prévention des activités visant à empêcher les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux de survenir ainsi que celles qui tentent de réduire la probabilité de leur apparition. Il s'agit donc de ce que certains auteurs nomment la prévention primaire. Sont donc exclues de notre recension, les activités se limitant à l'identification précoce ou au dépistage de troubles mentaux ou de problèmes psychosociaux, au traitement ou à la réadaptation.

Nous nous inspirons d'ailleurs des exigences édictées par Cowen pour identifier un véritable programme de prévention. Il faut donc :

1. que le programme s'adresse à un groupe ou à une masse d'individus (ou à une communauté) plutôt qu'à un individu ; cependant, certaines activités peuvent impliquer des contacts individuels ;
2. que le programme intervienne avant la situation problème, c'est-à-dire se soucier des personnes n'ayant pas encore vécu de mésadaptation ; par contre, elles peuvent constituer des personnes à risque compte tenu de leur situation de vie ou de leurs expériences récentes ;
3. que le programme s'appuie sur de solides connaissances de telle sorte qu'il ait le potentiel d'améliorer la santé mentale ou de prévenir une mésadaptation.

La première exigence de Cowen qui est de s'adresser à un groupe d'individus est assez simple à comprendre et ne fait pas l'objet de discussion. Elle reste cependant un critère essentiel qui nous amène à refuser le titre de préventif à toute intervention menée uniquement dans un cadre de relation thérapeutique individuelle, que ce soit dans le cabinet de l'omnipraticien ou dans une clinique offrant des services psychosociaux, etc.

La deuxième exigence de Cowen nous amène à nous interroger sur les clientèles cibles des programmes de prévention.

Nous relevons à ce sujet deux propositions. La première, se présentant sous l'expression prévention réactive, s'intéresse aux gens ou aux communautés déjà aux prises avec certaines difficultés ou encore cumulant des facteurs de risques ou venant de vivre des événements stressants. Notons que ces difficultés sont décrites comme mineures ou encore n'ayant pas mené à la consultation d'un spécialiste en santé mentale. La deuxième proposition prend le nom

de promotion et s'adresse uniquement aux personnes et aux communautés bien portantes voulant soit se prémunir contre les difficultés ou encore s'assurer une meilleure qualité de vie.

Par exemple, un programme de prévention de la dépression pourrait dans un volet de prévention réactive s'adresser par l'entremise des media à des gens ayant déjà ressenti certains symptômes dépressifs afin de les outiller à modifier leurs environnements et leurs comportements. Dans un volet de promotion, ce programme s'adresserait à des personnes bien portantes comme des femmes enceintes, par exemple, pour les informer de l'importance d'avoir des attentes réalistes face au bébé, de se ménager un bon système de support, etc.

Finalement, la troisième exigence de Cowen de fonder des programmes sur des connaissances solides, nous incite à voir si les programmes d'interventions préventives actuels reposent sur des modèles théoriques reconnus et des données valides. Dans un premier temps, nous avons voulu vérifier s'il y avait suffisamment de modèles et de données disponibles sur lesquels on peut bâtir des interventions préventives. La revue des principaux modèles explicatifs en prévention (le modèle biomédical unicausal ou multicausal, le modèle de la santé communautaire et le modèle écologique) nous indique qu'il y a suffisamment de connaissances accumulées. En effet, ces modèles ont mis en relief un ensemble de conditions négatives (facteurs de risques, événements stressants, environnements nocifs, facteurs organiques) et de conditions positives (accès à un réseau de support, compétence, estime de soi, climat social, environnements accueillants) reliées au bien-être ou à la mésadaptation. Bien sûr, à cause de différends de nature idéologique, il ne saurait y avoir un seul modèle explicatif des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux. Mais cette revue confirme que nous sommes dorénavant prêts à vérifier sur le terrain la validité de ces divers modèles et la pertinence de leurs suggestions d'intervention préventive.

Notre recension des écrits se limite au programme de prévention ayant fait l'objet d'une évaluation systématique. Il faut préciser que notre but n'était pas de vérifier s'il y a eu des tentatives d'implantation d'interventions de prévention en ce qui concerne l'ensemble des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux. Nous ne pouvons donc conclure à la faisabilité de telles interventions ni à la disponibilité de modèles et de données permettant une telle implantation pour chacun des problèmes de santé mentale. Mais après

avoir analysé près de cinquante (50) documents de recherche, nous pouvons indiquer s'il est possible d'arriver à une certaine efficacité dans des programmes de prévention en santé mentale.

À première vue, le nombre trop peu élevé de recherches en ce domaine nous amène à nuancer nos conclusions. Nous ne pouvons donc pas vraiment nous prononcer sur l'efficacité de programmes spécifiques vu l'état préliminaire des travaux qui, somme toute, sont assez récents. Certaines études gagneraient d'ailleurs à être reprises dans d'autres conditions avant de conclure à leur efficacité et de généraliser leur emploi.

De ce petit nombre de recherches portant sur la prévention auprès des adultes, aucune n'a pu répondre aux critères méthodologiques exigés pour s'assurer de la validité et de la constance des résultats.

Rappelons en outre que certains troubles mentaux ou problèmes psychosociaux n'ont fait l'objet d'aucune recherche évaluative en prévention.

Notre recension nous permet cependant de conclure de façon générale :

1. à la faisabilité de développer des programmes de prévention pour adultes ;
2. à la popularité assez grande de ces interventions ;
3. à la satisfaction des participant(e)s et des intervenant(e)s.

Comme ces critères généraux sont insuffisants pour se prononcer sur l'efficacité, nous avons choisi de faire une synthèse de nos conclusions dans une première partie, problème par problème, c'est-à-dire en parlant de prévention réactive, et dans une deuxième partie, en parlant de promotion.

La prévention des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux

La dépression :

— Les gens faiblement ou modérément déprimés retirent des avantages de la participation à un programme de prévention de bibliothérapie, avantages qui se maintiennent quelques mois.

— Cette approche attire aussi les gens plus déprimés pour lesquels elle se révèle cependant inefficace.

— Des personnes plus déprimées ont profité quelque peu de l'écoute de messages télédiffusés sur les façons de faire face aux

problèmes même si elles ont peu essayé les nouveaux comportements suggérés.

— Les messages télédiffusés sont en général peu écoutés et la rencontre d'un intervenant (à une reprise) semble nécessaire au maintien de la participation à un programme de bibliothérapie.

La violence familiale et conjugale:

— Ces programmes de prévention réussissent à rejoindre des clientèles qui sont habituellement réticentes aux services traditionnels.

— Les familles à risques profitent de leur participation et la violence vécue au sein de la famille diminue un peu alors que l'impact positif se fait plus sentir au niveau du comportement des enfants.

— Deux approches ont été étudiées: l'identification de familles à risques qui reçoivent des visites à domicile après la naissance d'un bébé et une intervention de crise suivant immédiatement l'appel du policier.

L'alcoolisme et la toxicomanie:

— D'après les recherches évaluatives disponibles, les programmes préventifs actuels se révèlent impuissants à modifier les comportements d'abus. Mais vu les faiblesses méthodologiques sérieuses, ces résultats ne représentent pas nécessairement le potentiel réel de ces approches.

— Seule l'utilisation de campagnes de prévention par l'entremise des mass média a été évaluée. On propose cependant qu'un programme multimédia impliquant des contacts personnels pourrait être plus intéressant, surtout chez les adolescents.

La séparation ou le divorce:

— Le programme étudié améliore de façon notable l'état général des participant(e)s.

— La stratégie retenue est l'entrée en contact par l'intermédiaire d'une animatrice paraprofessionnelle et la création de liens d'entraide.

Le décès du conjoint ou d'un membre de la famille:

— L'intervention de crise par un professionnel se révèle inefficace et surtout très peu populaire dans les cas de deuil soudain.

— Le groupe d'entraide ou le support non directif par un professionnel s'avère la forme d'aide efficace.

Les tentatives de suicide:

— Vu que ces programmes utilisent le plus souvent comme critère de succès la diminution du nombre de suicides, ils se révèlent rarement efficaces. Mais ils aideraient toutefois, d'une autre manière, des suicidaires chroniques, ce qui n'est pas évalué cependant.

— Les stratégies utilisées sont en majorité la création de centre de crise mais on note aussi le recours à du personnel paraprofessionnel, par exemple, dans des résidences d'étudiant(e)s.

— On conclue en général que la prévention primaire du suicide s'avère difficile et que l'on devrait se pencher sur la prévention des tentatives de suicide et la prévention secondaire auprès des suicidaires chroniques.

Les crises multiples:

— Même s'il s'avère efficace, un tel programme est très difficile à mettre sur pied à cause des problèmes de recrutement, ce qui le rend beaucoup moins intéressant.

— Il s'agit d'une série de six(6) rencontres de groupe s'adressant à des gens ayant vécu deux crises et plus, rencontres animées par un professionnel.

Par ailleurs, notre revue bibliographique ne nous a pas permis de trouver des recherches évaluatives sur la prévention des problèmes de psychoses ou sur d'autres troubles mentaux ou problèmes psychosociaux. Il ne faut pas en conclure qu'il est impossible de prévenir ces problèmes, mais plutôt que l'on n'y a pas encore consenti d'efforts malgré les possibilités identifiées par les modèles biomédicaux, de santé communautaire et écologiques.

Soulignons que nous devrions voir au cours des prochaines années des évaluations de programmes de prévention axées sur d'autres événements stressants comme la perte d'emploi mais aussi sur des conditions environnementales négatives comme le climat social déficient, les désastres écologiques. Il existe déjà des programmes de prévention s'intéressant à ces questions.

La promotion de la santé mentale

Dans cette deuxième partie, nous parlerons des programmes s'adressant à des personnes ou à des communautés relativement bien portantes voulant se prémunir contre les difficultés ou encore s'assurer une meilleure qualité de vie. Nous ferons état des connais-

sances sur l'efficacité des programmes de promotion s'adressant à diverses clientèles.

Les femmes:

— Les programmes visant à faire acquérir une meilleure estime d'elle-même et à développer des liens de solidarité s'avèrent efficaces. Ils réussissent également à rejoindre les femmes isolées ou démunies.

— Les programmes s'intéressant à la nouvelle mère et à ses premiers contacts avec son nourrisson sont également efficaces.

— Les stratégies évaluées comprennent dans le premier cas des rencontres de groupe visant à faire acquérir des habiletés, la création de groupe d'entraide et de défense des droits, des activités de rencontres informelles avec d'autres femmes et avec des animatrices non professionnelles au sein de centres communautaires; dans le deuxième cas, il s'agit de programmes de cohabitation mère-nourrisson avec possibilité de visites de la famille, suivis ou non de visites à domicile de la part de professionnel(le)s ou encore consistent simplement à des visionnements de films.

Les étudiant(e)s de niveau collégial ou universitaire:

— Un programme arrive à des résultats positifs mais modestes. Il y a selon l'auteur, un taux de survie à la vie universitaire un peu plus élevé dans le groupe qui a participé et d'ailleurs ces étudiant(e)s disent avoir beaucoup appris.

— Le « feedback » rapide et individualisé à partir de questionnaires et la comparaison avec un groupe de pairs a été la méthode d'intervention utilisée.

Les couples:

— Des synthèses dans ce domaine permettent de conclure que de tels programmes, surtout après le mariage, ont des impacts positifs quoique modestes.

— Les interventions axées sur l'acquisition et la pratique d'habileté en petit groupe semblent plus prometteuses. Les conférences en grand groupe sont les moins efficaces.

Les familles:

— Ces programmes peu évalués s'avèrent modestement efficaces d'après les responsables. Les approches plus formelles ou édu-

catives n'attirent cependant pas les gens peu préparés aux discussions de groupe ou encore les familles qui n'ont vraiment aucun problème.

— Les stratégies qui ont été évaluées sont des rencontres éducatives de groupe sur des thèmes précis où il y a animation par des professionnel(le)s. Le taux d'abandon y est très élevé. Les autres stratégies (réunion d'une famille, groupe de quelques familles de voisinage) n'ont pas été évaluées et nous n'avons que des descriptions anecdotiques.

Les parents:

— Il s'agit dans la majorité des cas de programmes éducatifs visant à faciliter la communication avec l'enfant. Seul le programme de Guerney semble quelque peu efficace, les études relatives aux autres programmes ayant trop de problèmes méthodologiques pour être concluantes. Par ailleurs, on trouve des expériences de formation de groupe d'entraide pour parents de nouveau-né qui réussissent à modifier positivement le système de support de ces personnes.

Les communautés:

— La recherche évaluative est vraiment embryonnaire en ce qui a trait au travail auprès des communautés. D'ailleurs, le nombre de variables en jeu explique ces difficultés.

— Il s'avère cependant possible 1) de modifier les attitudes de la population par rapport à la santé mentale; 2) d'impliquer les citoyen(ne)s dans des groupes voués à la santé mentale; 3) de bien utiliser des ressources humaines jusque-là ignorées; 4) de former des liens entre les systèmes d'aide professionnelle et d'aide non professionnelle.

— Les stratégies sont l'éducation de masse par la télévision et la radio ainsi que l'organisation communautaire, c'est-à-dire la création de groupe de citoyen(ne)s intéressé(e)s à la santé mentale.

Conclusion

Malgré le peu de recherches évaluatives dans le domaine de la prévention, nous tenons à souligner le potentiel de cette approche tant en ce qui concerne la prévention réactive que la promotion. Nous ne pouvons cependant pas proposer l'utilisation de tels ou tels programmes déjà disponibles parce qu'il y a trop peu de recherches concluantes. Nous suggérons plutôt de développer des stratégies s'inspirant des ingrédients que les auteurs associent à l'efficacité de leurs interventions et de contribuer par la recherche évaluative au développement des connaissances.

Deuxième partie

L'efficacité des psychothérapies, de la thérapie électroconvulsive et des médicaments

Selon le National Institute of Mental Health, il existe près de 250 sortes de psychothérapies et le nombre de personnes qui ont recherché de l'aide d'un professionnel de la santé mentale a augmenté de huit fois entre 1955 et 1980. Devant cette énorme croissance des activités psychothérapeutiques, il devient inévitable qu'un examen minutieux des scientifiques, des professionnels et du grand public doit porter sur l'efficacité des psychothérapies. D'un point de vue politique et économique, un porte-parole du comité des finances du gouvernement américain a rapporté en 1980 : « Il semble improbable que le congrès américain voudra aller plus loin avec une couverture plus large des services en santé mentale avant d'avoir l'assurance que les dépenses encourues visent à donner une aide réelle pour les gens qui ont des problèmes réels de santé ». Les membres du Comité de la santé mentale du Québec se posent la même question.

De façon simple, considérons combien de formes de psychothérapies et combien de classes de patients pourraient être incluses dans une matrice expérimentale. Devons-nous prendre littéralement la liste des 250 sortes de psychothérapies récemment identifiées ? Devons-nous accepter la classification de l'association américaine de psychiatrie (DSM-III) qui contient au-dessus de 150 groupes diagnostiques de troubles mentaux ? Considérons les conséquences : une approche systématique avec 250 types de thérapie et 150 classes de troubles mentaux requerraient approximativement 4,7 millions de comparaisons. Il est évident qu'une simplification du travail doit être faite.

Le présent rapport présente un résumé des recherches sur l'efficacité des psychothérapies, qui, d'après nous, sont les plus pratiquées au Québec. Pour plus de clarté, nous nous sommes inspirés de la classification générale de London et Klerman qui divise les psychothérapies selon les quatre grandes classes suivantes :

1. La plus grande classe de psychothérapies est celle qui inclut plus ou moins exclusivement le dialogue verbal. Cette classe comprend presque tous les traitements qui coiffent le titre de counseling, de casework, de thérapies par insight, de thérapies orientées vers le client, d'entrevues ou de consultations psychiatriques ou psychologiques, d'encounter group, de thérapies existentielles et/ou humanistes, de thérapies rationnelles-émotives, l'analyse transactionnelle et la plupart des formes de psychothérapie de groupe et de thérapie comportementale de même que la thérapie de couple et de famille.
2. Une deuxième classe d'activités psychothérapeutiques utilise également les interactions verbales comme la principale technique de traitement, mais ces interactions sont utilisées dans une forme plus dramatique ou inhabituelle que celles qu'on retrouve dans la conversation conventionnelle et sont souvent combinées avec des méthodes comportementales spécifiques de réentraînement ou d'état altéré de la conscience. Cette catégorie inclut le psychodrame, la gestalt thérapie, l'entraînement à l'affirmation de soi, les techniques de relaxation, les thérapies sexuelles, le cri primal et la thérapie cognitive.
3. Une troisième classe de traitement par psychothérapie utilise de façon active des manipulations physiques ou chimiques de l'organisme. Cette classe inclut les thérapies aversives, les électrochocs, le biofeedback et la thérapie bioénergétique.
4. Le quatrième groupe des psychothérapies ajoute une intervention biologique au niveau du cerveau par l'utilisation des drogues psychotropes ou d'autres méthodes.

Cette liste, bien sûr, n'inclut pas toutes les formes de psychothérapies.

Elle représente cependant la plupart des traitements psychologiques qui sont utilisés par des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmières et des conseillers, de même que par d'autres personnes qui réclament avoir une certaine expertise dans ce domaine.

Compte tenu de la situation au Québec, nous avons donc retenu les techniques suivantes qui, selon nous, représentent les méthodes les plus utilisées dans notre milieu. Ce sont: la psychanalyse et les techniques psychothérapeutiques qui en découlent comme les thérapies d'orientation analytique, la thérapie brève et la thérapie de groupe; les thérapies comportementales ou behaviorales et les thérapies cognitives; la thérapie rogérienne; la thérapie familiale et

la thérapie de couple; la thérapie gestalt; la bioénergétique; le psychodrame, l'analyse transactionnelle et le cri primal.

Après avoir analysé près de 400 rapports, résumés et travaux de recherche, que devons-nous conclure de toutes ces données? Que l'essentiel du débat autour de la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie est purement polémique. Les sceptiques et les critiques de la psychothérapie présentent des données qui démontrent que la psychothérapie ne fonctionne pas alors que les croyants et les avocats de la psychothérapie recherchent désespérément des failles méthodologiques pour les réfuter et ainsi prouver que celle-ci donne des résultats. Il est temps de mettre fin à ce débat. Une recherche clinique de haute qualité coûte énormément d'argent et prend beaucoup de temps, mais elle s'avère nécessaire avant d'arriver à des conclusions définitives concernant l'efficacité de la psychothérapie.

Efficacité en fonction des techniques utilisées

L'étude des différents travaux nous amène à tirer cinq conclusions principales à ce sujet:

1. La psychothérapie est définitivement plus efficace que le placebo. La question est de savoir combien elle est plus efficace.
2. La littérature ne supporte pas la conclusion que des traitements à long terme soient plus efficaces que des traitements à court terme.
3. Aucune donnée claire n'a émergé pour montrer de façon concluante la supériorité d'une modalité de psychothérapie sur une autre avec l'exception possible de la thérapie comportementale dans le traitement de certains états phobiques particuliers.
4. Pour diverses raisons méthodologiques ou autres, les études sur l'efficacité des psychothérapies ne procurent pas de données solides pour démontrer leur efficacité. Jusqu'à maintenant, les recherches conduites avec une vigueur méthodologique maximale sont disséminées et très peu nombreuses.
5. Une recherche par ordinateur à partir de 1964 corrobore le fait qu'il n'existe pas d'études contrôlées et comparatives sur l'efficacité de la thérapie gestalt, de la bioénergétique et du cri primal.

Efficacité en fonction des professionnels impliqués

D'après les écrits recensés, il semble que les qualités personnelles du thérapeute et du patient et leur interaction peuvent être plus

importantes que la méthode thérapeutique elle-même. Parce que ces facteurs varient tellement et qu'ils sont difficilement contrôlables, il devient plus difficile de détecter ces effets dans les études sur les psychothérapies. Il faut donc davantage de recherches pour évaluer plus clairement ces composantes dans les traitements psychologiques.

Efficacité en fonction des problèmes en cause

Plusieurs thérapeutes et chercheurs disent qu'il est inutile de parler des psychotérapies appliquées indistinctement à toutes sortes de troubles et dont l'efficacité est mesurée de plusieurs façons différentes. La seule question que l'on devrait se poser, c'est : « Est-ce que tel type de thérapie adaptée à une pathologie particulière est plus efficace que telle autre méthode face à la même pathologie ? ». Selon le National Institute of Mental Health, l'évidence de la recherche ne répond pas actuellement à la question « Quelles sortes de psychotérapies sont les plus efficaces pour telles sortes de problèmes ? ». En effet, selon cet organisme, près de 500 études contrôlées ont démontré, avec presque toute la même régularité monotone, que toute forme de traitement psychologique est efficace de façon comparable pour produire des bénéfices thérapeutiques avec des désordres particuliers. De plus, de tels bénéfices sont supérieurs à ceux qu'on a retrouvés dans les groupes comparables de patients qui participaient à des groupes sans traitement ou à d'autres conditions de contrôle. Les désordres qui répondent à la psychothérapie incluent habituellement les dépressions névrotiques chez des malades ambulatoires, des anxiétés légères et modérées, les peurs et les phobies, les compulsions, les dysfonctions sexuelles, les réactions ou crises de la vie comme à l'adolescence, au milieu de la vie ou chez les personnes âgées de même que les problèmes de la vie quotidienne comme des ajustements vocationnels et conjugaux. Beaucoup moins d'attention a cependant été donnée au fait que dans les dernières années, le rôle de la psychothérapie comme traitement primaire pour les malades chroniques et fortement troublés a changé. Avec de rares exceptions, les traitements psychologiques ne sont plus offerts comme une modalité exclusive dans le traitement de la schizophrénie, de l'autisme, de la psychose maniaco-dépressive, des comportements antisociaux, de l'alcoolisme et de l'abus des drogues, de même que dans des troubles d'apprentissage sévère. Pour de tels désordres, les thérapies psychologiques sont la plupart du temps administrées en même temps que des interventions pharmacologiques et environnementa-

les et servent surtout à faciliter l'approche, le support et la réhabilitation des patients.

Dans la littérature, nous n'avons retrouvé qu'un seul article qui évalue l'efficacité selon les catégories diagnostiques. En effet, Epstein et Vlok (1981) ont été les seuls à évaluer l'efficacité en fonction des problèmes en cause. Leurs conclusions ont été les suivantes :

1. Schizophrénie :

   En résumant des travaux rapportés sur la schizophrénie, il leur semble que la psychothérapie avec les patients schizophrènes est efficace lorsqu'elle complète d'autres thérapies comme les médicaments et quand elle s'adresse à des facteurs spécifiques de la réalité qui sont reliés à la vie quotidienne du malade plutôt qu'à des thèmes psychologiques plus généraux. Utilisée de cette façon chez des patients traités en externe, la psychothérapie peut contribuer de façon significative à diminuer le taux de rechutes.

2. Dépression :

   Selon ces auteurs, chez les patients qui souffrent de dépression névrotique, la combinaison de la psychothérapie avec les antidépresseurs est plus efficace que l'un ou l'autre traitement seul. La psychothérapie s'est montrée particulièrement bénéfique pour les malades qui ont des problèmes d'ajustement social et de relations interpersonnelles.

3. Les névroses :

   Les psychothérapies semblent particulièrement utiles dans les états d'anxiété avec des peurs et des phobies et dans certaines dépressions névrotiques. Certaines études semblent préférer les techniques de thérapie comportementale plutôt que d'autres types de thérapies pour ce genre de problème. Ainsi, un rapport du National Institute of Mental Health résumant la pensée de 22 des principaux chercheurs dans ce domaine affirme que les traitements par exposition sont généralement les plus efficaces dans le cas des problèmes d'anxiété. D'après les résultats obtenus dans plusieurs recherches, l'exposition in vivo et progressive aux situations anxiogènes permet d'obtenir des résultats cliniquement significatifs dans 60 à 70 % des cas d'agoraphobie alors que ce problème était auparavant considéré comme pratiquement insoluble. De plus, il apparaît que, dans le cas des phobies cliniques, ce traitement donne de meilleurs résultats ou, tout au moins, des résultats équivalents à l'utilisation de médica-

ments sans entraîner les effets secondaires négatifs. La même méthode d'exposition aux situations anxiogènes, associée à une méthode de prévention de la réponse, permet de traiter efficacement les comportements obsessifs-compulsifs, un autre problème considéré auparavant comme étant presque insoluble. Le taux d'efficacité de ce traitement dans ces cas serait d'environ 50 %.

4. Alcoolisme :

   Toujours selon Epstein et Vlok, il semble qu'actuellement une psychothérapie formelle n'influence pas l'abstinence des alcooliques, mais semble améliorer les chances pour diminuer la consommation d'alcool et améliorer l'adaptation du patient.

5. Troubles de caractère :

   Les études de la psychothérapie avec des malades antisociaux ou souffrant de troubles de caractère démontrent que les interventions thérapeutiques ont peu d'effet. Le rapport de NIMH mentionne que 35 à 45 % des adolescents antisociaux deviendront des adultes antisociaux. Aucune intervention psychiatrique précoce n'a démontré une modification du cours de ce désordre sérieux.

Efficacité en fonction des groupes socio-économiques

Si la psychothérapie pour des malades névrotiques de classes socio-économiques moyenne ou élevée donne assez souvent de bons résultats, il en est tout autrement lorsque la psychothérapie s'adresse à des malades de groupes socio-économiques faibles ou encore lorsqu'elle s'attaque à des troubles psychologiques sérieux. En effet, pour être efficace dans des problèmes graves, la psychothérapie doit jouer surtout un rôle secondaire ou accessoire.

Il est malheureux qu'aucune étude comparative n'ait été faite sur l'efficacité de différents types de psychothérapie en fonction des résultats obtenus chez les divers groupes socio-économiques. À partir des sources consultées, il semble se dégager que les thérapies humanistes comme la psychothérapie d'orientation analytique, la thérapie rogérienne, la thérapie gestalt, l'analyse transactionnelle, etc. soient surtout applicables pour les groupes socio-économiques moyens et élevés, alors que la thérapie familiale, la thérapie comportementale et la thérapie de groupe peuvent fonctionner avec toutes les classes de la société.

Efficacité en fonction des coûts impliqués

Au cours des dernières années, une nouvelle dimension a été ajoutée au problème de l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies. En plus de regarder les mesures traditionnelles des résultats comme la réduction de symptômes ou le fonctionnement social, des efforts ont été faits pour évaluer les coûts relatifs et les bénéfices des différentes approches psychothérapeutiques.

L'analyse la plus extensive de la littérature sur ce sujet revient à Yates et Newman (1980). Cette recherche a mis l'accent sur trois points spécifiques: 1) l'évaluation des variables qui sont reliées à l'administration des soins, 2) la comparaison des programmes de traitement par médicaments et 3) la comparaison des effets de la psychothérapie sur l'utilisation de services médicaux.

En ce qui regarde le premier domaine de recherche, plusieurs études ont examiné les coûts de programmes plus ou moins intensifs dans des hôpitaux psychiatriques. Cinq études concluent que plus la thérapie est intensive, meilleure est la relation coût-efficacité et coût-bénéfice. Sept autres investigations ont comparé des programmes communautaires pour des adultes schizophrènes avec des programmes institutionnels. Ces investigations ont trouvé que, en général, les programmes de traitement communautaire ont un meilleur coût-efficacité et coût-bénéfice que le programme institutionnel. Cela est dû principalement aux différences dans les coûts d'habitation, de nourriture et de supervision de malades dans les hôpitaux. Plusieurs études ont également comparé des services rendus par des professionnels avec ceux rendus par les paraprofessionnels. La plupart de ces études ont démontré que les paraprofessionnels, comme des infirmières ou des parents, peuvent, après un entraînement, traiter des enfants à problèmes et des adultes névrotiques aussi bien que peuvent le faire des professionnels et ce à un coût moindre. Cependant, plusieurs de ces études souffrent de faiblesses méthodologiques diverses. Yates et Newman révisent finalement un dernier domaine: l'effet de la psychothérapie sur l'utilisation de services médicaux. Huit études ont tenté de définir les coûts-bénéfices de la psychothérapie sur l'utilisation des services médicaux. Toutes les études rapportent une réduction dans l'utilisation des services médicaux généraux. Une interprétation suggérée pour la diminution dans l'utilisation de ces services après des contacts psychothérapeutiques minimes est que les patients redéfinissent leur problème comme psychologique plutôt que médical. D'autres auteurs ont démontré que la psychothérapie brève réduisait l'uti-

lisation des services médicaux chez les malades qui se plaignent de désordres psychosomatiques à un point tel que la diminution des coûts en services médicaux dépasse les coûts de la psychothérapie. Enfin, le congrès du gouvernement américain (1980) rapporte qu'une étude de quatre ans a démontré que l'hospitalisation pour des troubles physiques était réduite d'une moyenne de 111 jours à une moyenne de 53 jours par la psychothérapie, ce qui résulte en des épargnes de 1,1 million de dollars qui sont plus grandes que les coûts de la psychothérapie.

Le domaine de l'analyse coût-bénéfice et coût-efficacité représente une innovation technique relativement nouvelle et prometteuse pour analyser les résultats de la recherche en psychothérapie. Par contre, selon le congrès du gouvernement américain, nous avons encore besoin de développement méthodologique avant que ces techniques puissent être utilisées avec une fiabilité reconnue et une validité certaine dans l'évaluation de la psychothérapie.

Conclusion

Même si la recherche sur les psychothérapies comprend encore plusieurs problèmes qui sont reliés à la distribution des malades, à l'utilisation des statistiques, aux mesures d'évaluation et aux protocoles expérimentaux, les données ont démontré de façon empirique que la psychothérapie est efficace avec certaines populations et avec certains problèmes. Il est utile de rapporter ici les conclusions de l'association américaine de psychiatrie publiées en 1982 sur ce sujet :

1. Il existe encore un besoin très important pour de la recherche soignée et systématique sur les effets de la psychothérapie dans diverses conditions. Le système diagnostique actuel n'est pas adéquat pour la recherche sur les psychothérapies.
2. Le second problème porte sur la définition de la psychothérapie. Les thérapies doivent être définies de façon beaucoup plus précise.
3. La psychothérapie comme seule modalité thérapeutique semble être la plus utile dans les conditions comme les névroses, les problèmes de personnalité et les mauvais ajustements. La psychothérapie seule semble moins efficace pour les troubles affectifs majeurs et encore moins pour la schizophrénie.
4. Des études cliniques contrôlées ne sont pas nécessairement la seule méthode valable pour évaluer l'efficacité de la psychothérapie. Il existe un besoin de trouver d'autres approches qui

peuvent être utiles pour développer de nouveaux protocoles de recherche.

5. La plupart des données de recherche actuellement disponibles ne reflètent pas de façon adéquate le travail des cliniciens tel qu'ils le pratiquent. Ceci est surtout vrai pour les psychothérapies à long terme et la psychanalyse qui n'ont pas été évaluées de façon adéquate.

Ce manque d'évidence pour l'efficacité de la psychothérapie à long terme ne doit pas être interprété comme une indication de son manque d'efficacité. Il existe une grande expérience et une grande connaissance cliniques qui ont été accumulées par des praticiens depuis plusieurs années et cela doit être considéré dans l'évaluation globale de la psychothérapie. Même si tous les problèmes pouvaient être résolus, des conclusions non équivoques seront probablement impossibles dans le domaine de la recherche sur la psychotérapie. La psychotérapie est en effet un ensemble complexe d'interactions qui prennent place entre les individus pour une période souvent indéterminée de temps. C'est un processus de rétroaction ouvert en contraste aux interactions fermées qui sont typiques dans la plupart des recherches en laboratoire. Notre objectif ne doit pas être d'atteindre l'ultime vérité, aucun autre domaine ne peut y arriver, mais plutôt de créer un cadre de travail solide qui peut nous permettre de tendre vers la vérité. D'un autre point de vue, nous devons espérer que la recherche nous conduise vers des techniques qui seront de plus en plus utiles pour les malades qui recherchent un soulagement de leur détresse psychologique. Il n'existe aucun sentiment plus grand que la satisfaction de collaborer avec la communauté des chercheurs et des cliniciens dans une entreprise qui peut bénéficier à ceux qui ont besoin d'aide.

On peut se demander enfin si dans un système d'assurance-maladie les décisions, quant aux soins à administrer aux malades, doivent être déterminées en fonction des coûts-bénéfices ou des coûts-efficacité? Rappelons à ce sujet que la plupart des coûts élevés des soins médicaux de nos jours sont attribués à une technologie qui prolonge la vie dans des situations désespérées. Il demeure donc critique de séparer la science de la politique dans le contexte de considérations économiques et éthiques. En analyse finale, la démonstration du degré d'efficacité ne peut être la seule variable qui influence le choix d'un traitement lorsque celui-ci est payé par l'État.

La thérapie électroconvulsive

La thérapie électroconvulsive (électrochocs) est devenue comme un symbole de la façon autoritaire par laquelle des membres troublés émotionnellement dans notre société sont traités par le système psychiatrique. Comme toute autre modalité de traitement, la thérapie électroconvulsive est associée avec certains risques et certains effets secondaires qui doivent être sans aucun doute pris en ligne de compte lorsqu'on doit l'administrer. D'ailleurs, en 1976, le Comité de la santé mentale du Québec publiait un rapport sur la thérapie convulsive ou sismothérapie. Dans ce document, on retrouve les indications et les contre-indications cliniques du traitement électroconvulsif qui sont à peu près universellement reconnues.

Efficacité

L'étude la plus complète sur la thérapie électroconvulsive est sans aucun doute celle du Task Force de l'association américaine de psychiatrie. Pour les désordres affectifs, selon le Task Force Report, la revue des études sur les résultats de la thérapie électroconvulsive montrent que les données utilisées sont bien souvent des études de cas de nature rétrospective et que les études à long terme n'existent pas. Le rapport identifie plusieurs considérations en ce qui concerne les études sur les résultats de la thérapie électroconvulsive dans les désordres affectifs. Parmi celles-ci, le rapport note que les données existantes sur les effets à long terme ne montrent pas que la thérapie électroconvulsive puisse changer le processus naturel des maladies affectives. De plus, l'efficacité de la sismothérapie d'entretien n'a pas été démontrée par des études contrôlées. Finalement, la relation entre le résultat et le nombre de traitements nécessaires reste à définir. Dans les meilleures études où des patients sévèrement déprimés sont traités, le nombre moyen de traitements se situe entre six et neuf.

Quant au traitement de la schizophrénie, les résultats de cette revue donnent comme traitement de choix les médicaments plutôt que la thérapie électroconvulsive. En général, la plupart des autorités dans le traitement de la schizophrénie sont d'accord pour dire que la médication doit être le traitement initial et préférentiel.

Enfin, la thérapie électroconvulsive a été essayée avec presque tous les types de désordres mentaux. Cependant, si on exclut les conditions qu'on vient de mentionner, la sismothérapie n'a pas été très efficace dans le traitement des autres problèmes psychologiques.

Risques et effets secondaires

Les risques et les effets secondaires dûs à la thérapie électroconvulsive ont fortement diminué depuis l'apparition de cette procédure de traitement dans les années 40. Les examens préparatoires comme la radiographie de la colonne vertébrale, la radiographie du crâne et l'électrocardiogramme permettent d'éliminer de nombreuses complications. De plus, l'anesthésie générale élimine le danger de fracture qui était si fréquent auparavant. Enfin, un agent anticholinergique est donné pour prévenir le ralentissement du rythme cardiaque et pour réduire les sécrétions pharyngées. Avec ces précautions, la mortalité actuelle se situe à 1 patient sur 10 000 et elle est surtout secondaire à des complications cardiaques.

Quant aux effets secondaires, mis à part des douleurs musculaires et des maux de tête de courte durée, le principal effet secondaire consiste surtout en des troubles de mémoire. Cependant, les changements survenus dans les dernières décennies font que la sismothérapie est maintenant donnée par une stimulation unilatérale sur l'hémisphère cérébral non dominant. Cette innovation est importante car elle diminue la confusion et les troubles de mémoire qui suivent immédiatement le traitement.

Le mécanisme d'action de la sismothérapie n'est pas encore bien connu. Récemment, certains auteurs ont prétendu que la suppression de l'activité du côté droit du cerveau est le principal mode d'action de la sismothérapie. D'autres chercheurs croient que les convulsions induites de façon électrique modifient la balance des neurotransmetteurs dans le cerveau. Comme on l'a déjà mentionné, la sismothérapie semble donner de meilleurs résultats chez des malades souffrants de dépression sévère et parfois chez des schizophrènes sévèrement retirés. Au cours d'une étude sur la sismothérapie qui a duré huit ans, le National Institute of Mental Health américain a démontré que seulement un patient sévèrement déprimé sur neuf n'a pas répondu à ce traitement. Tous les autres malades étaient encore asymptomatiques au moins un an après le traitement.

La thérapie électroconvulsive au Québec, de 1971 à 1982

L'analyse des données sur la thérapie électroconvulsive au Québec, de 1971 à 1982, nous permet de constater que cette forme de thérapie a régressé pendant cette période. Quel que soit l'indicateur utilisé, il est démontré clairement que l'utilisation de cette forme de

traitement a fortement diminué dans la province pendant ce temps (1971 = 28 294 anesthésies pour électrochocs et 1982 = 8 577 anesthésies pour électrochocs). Il est cependant à noter que nos données reflètent celles qui ont été retrouvées dans un autre document du ministère des Affaires sociales daté de 1980 et qui stipule que l'utilisation de la sismothérapie se concentre principalement dans la région de Québec. En 1977, 56,5 % de tous les traitements de sismothérapie du Québec ont été pratiqués dans cette région. En 1982, la région de Québec compte pour 22,8 % d'anesthésies pour électrochocs pour 16,1 % du bassin de la population. Il semble à nouveau que la sismothérapie soit davantage employée dans la région de Québec lorsqu'on tient compte aussi du bassin de population. Les indications plus précises de la sismothérapie, les législations à ce sujet et l'avancement des traitements psychiatriques peuvent expliquer partiellement la diminution dans l'utilisation de la sismothérapie. Cette conclusion peut également s'appliquer au Québec.

Polémique sur la thérapie électroconvulsive

Ceux qui s'opposent à la sismothérapie basent leur argument sur le fait que la procédure endommage le cerveau de façon permanente surtout en ce qui a trait à la mémoire. Les troubles de mémoire récents surviennent sans aucun doute, mais ceux-ci durent habituellement peu de temps. Seulement dans de rares cas, rapporte le docteur Melvin Sabshin de l'association psychiatrique américaine, les pertes de mémoire durent plus longtemps. Selon le docteur Peterson de l'Hôpital D'Oakland, les campagnes contre la sismothérapie représentent le rejet d'une autre ère de la psychiatrie : « Les gens qui sont maintenant fâchés ont reçu pour la plupart de la sismothérapie depuis plus de 20 ans et ïort probablement dans des conditions défavorables et sans un consentement informé ». La loi en Californie demande actuellement que les malades sachent à l'avance les possibilités de perte temporaire de mémoire. Plusieurs psychiatres américains soutiennent que ceux qui protestent contre la sismothérapie représentent une minorité. Une enquête récente démontre que la grande majorité des malades qui ont reçu de la sismothérapie croient que cette procédure leur a été bénéfique. Selon le docteur Sabshin, si on abolit l'utilisation de la sismothérapie en Californie, cette procédure enlèvera aux malades leur droit à un traitement efficace et établira un précédent dangereux. Il conclut que les problèmes médicaux sont rarement résolus par les politiciens.

Conclusion

Il semble évident au comité qu'il faut prôner la recherche sur des traitements moins draconiens que la thérapie électroconvulsive pour les malades mentaux. De plus, l'uniformisation des indications et d'un protocole bien défini à l'échelle de la province pourrait au moins aider à diminuer les disparités régionales évidentes dans notre province et à faire en sorte que les malades soient mieux traités.

Les médicaments

L'efficacité de la pharmacothérapie semble clairement évidente dans le traitement de la schizophrénie, de l'anxiété, de la dépression et de la psychose maniaco-dépressive. Il faut dire que la recherche en pharmacologie clinique est plus avancée que la recherche en psychothérapie et qu'il est plus facile, dans ce type de recherche, d'obtenir des groupes contrôles et des groupes de comparaison. Les médicaments utilisés dans les traitements psychologiques peuvent être catégorisés de la façon suivante :

1. Les neuroleptiques ou tranquillisants majeurs qui sont surtout utilisés dans le traitement de la schizophrénie et de la psychose maniaco-dépressive.
2. Les anxiolytiques ou tranquillisants mineurs surtout utilisés comme traitement de l'anxiété.
3. Les antidépresseurs qui, comme leur nom l'indique, servent dans le traitement de la dépression.
4. Le lithium surtout utilisé dans la dépression sévère et dans la psychose maniaco-dépressive.

Efficacité des médicaments

En ce qui regarde les neuroleptiques, leur efficacité semble clairement évidente dans le traitement de la schizophrénie, selon les études consultées. Il demeure quand même que d'autres études doivent être entreprises, principalement pour comparer l'efficacité de la combinaison de traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques dans le traitement de cette maladie. À ce sujet d'ailleurs, l'état des connaissances sur les interactions entre les médicaments et la psychothérapie est encore faible. En ce sens, les effets des médicaments, des psychothérapies et de leur combinaison devraient être évalués en fonction des différents diagnostics, des problèmes cibles et des types de patients.

Quant aux anxiolytiques ou médicaments contre l'anxiété, de nombreuses études ont démontré la supériorité de ces médicaments par rapport au placebo lorsqu'il s'agit de réduire l'anxiété. La nature de l'amélioration produite par les anxiolytiques va plus loin qu'une simple réduction de l'anxiété. On a également trouvé que les anxiolytiques étaient utiles dans le sevrage alcoolique, dans le traitement de certains genres de crises continues et dans une variété de troubles neuromusculaires. Ces mêmes médicaments servent également de prémédication aux interventions chirurgicales comme anesthésiques intraveineux au cours d'interventions chirurgicales mineures et dans une variété de tests diagnostiques généralement administrés dans les hôpitaux.

La dépendance et l'apparition de symptômes de sevrage sont des faits reconnus après administration de doses thérapeutiques d'anxiolytiques. Néanmoins, peu d'études systématiques ont été effectuées sur les problèmes associés au sevrage découlant d'un usage normal et il est extrêmement difficile de donner des chiffres quant au nombre de personnes qui dépendent à l'heure actuelle des médicaments anxiolytiques. Selon une étude, l'incidence élevée des symptômes de sevrage laisse supposer qu'une proportion importante de malades qui consomment des anxiolytiques de façon chronique sont pharmacologiquement dépendants. La thérapie à court terme, d'une durée inférieure à quatre semaines, ne produira pas de dépendance, croit-on, ni de problème de sevrage.

En ce qui a trait aux médicaments antidépresseurs, de plus en plus certaines recherches tendent à démontrer qu'il existerait des causes physiques à la dépression sévère. Il est évident que d'autres recherches doivent être faites dans ce domaine dont les résultats semblent prometteurs. Quant à la dépression légère ou réactionnelle, peu d'études ont malheureusement été faites de façon scientifique pour évaluer l'efficacité soit de la médication, soit de la psychothérapie seule ou en combinaison, pour le traitement de ce type de dépression. Les recherches dans ce domaine sont donc à encourager.

Enfin, l'apparition du lithium sur le marché a modifié de façon très positive le cours de la psychose maniaco-dépressive. Il est à souhaiter que la recherche continue dans ce domaine afin de trouver de façon plus précise les causes organiques qui pourraient expliquer cette pathologie et d'affiner le traitement par ce médicament autant dans la manie que dans la dépression sévère soit seul ou combiné à d'autres médicaments.

Troisième partie

L'efficacité du support dans la communauté et des interventions de réadaptation chez les adultes ayant des troubles psychiatriques majeurs

La question des alternatives à l'hospitalisation n'est pas une question récente. Déjà au milieu des années cinquante (plus tôt en Grande-Bretagne) le nombre d'hospitalisations avait commencé à diminuer sans que l'on sache précisément pourquoi.

D'une part, on avait commencé à prendre conscience du surpeuplement de l'asile et des effets négatifs de l'hospitalisation à long terme, c'est-à-dire dépendance de l'institution, régression progressive, identification au rôle de « malade », aliénation de la famille (effets documentés entre autres par Goffman en 1961 et Gruenberg en 1967). On espérait donc en évitant l'hospitalisation au début éviter ses séquelles négatives et régler le problème du surpeuplement et des coûts croissants.

Un second argument a été mis en valeur par les études de Fairweather (1964) durant les années cinquante. Elles ont fait la démonstration qu'améliorer la qualité du traitement hospitalier (et par le fait même le degré de satisfaction du personnel et des patients) n'avait que peu d'effets sur le fonctionnement du patient à sa sortie de l'hôpital et qu'amélioration des symptômes ne coïncidait pas nécessairement avec l'amélioration du fonctionnement social. Les conclusions en furent qu'il fallait donc travailler l'amélioration du fonctionnement social directement dans la communauté.

Bien sûr, l'introduction des psychotropes au milieu des années cinquante a été un facteur important permettant à un plus grand nombre une vie autonome dans la communauté. À un point tel que certains en sont même venus à prédire qu'on en arriverait bientôt à pouvoir fermer définitivement l'hôpital psychiatrique.

Mais il fallut bientôt déchanter. Gruenberg (1967) qui avait contribué à identifier les effets négatifs de l'hospitalisation dut admettre que le « Social Breakdown Syndrome » se produisait aussi dans la communauté. Wing (1978a) fit la preuve que le traitement dans la

communauté n'avait pu empêcher une nouvelle génération de personnes de développer des incapacités chroniques, ce qu'il appelle les « New long-stay » patients.

On s'est aussi rendu compte que souvent une autre ressource se substituait naturellement à l'asile avec comme résultat un déplacement du problème plutôt que sa résolution : transfert vers les Centres d'accueil pour personnes âgées, encombrement des prisons, accroissement substantiel du nombre d'itinérants avec troubles psychiatriques.

Devant cet état de fait, et depuis le début des années 1970, une littérature imposante s'est développée pour alimenter le débat sur la désinstitutionnalisation et le maintien des patients psychiatriques dans la communauté. Certains auteurs ont fait une revue exhaustive des antécédents historiques et des enjeux actuels : Becker et Schulberg (1976), Bachrach (1976, 1983). D'autres ont fait une revue systématique des programmes alternatifs à l'institutionnalisation qui ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse : Anthony (1972-1978), Test et Stein (1978a), Mosher et Keith (1980), Braun et al. (1981), Kiesler (1982a et b), Straw (1982), Gaston et Hodgins (1983), Riesman et al. (1977), Herz (1982), Weiss et Dublin (1982), Luber (1979), Di Bella et al. (1982). D'autres encore ont étudié l'hébergement protégé : Apte (1968), Cometa et al. (1975), Carpenter (1978), Goldmeir et al. (1977) et certaines mesures de réadaptation : Marzillier (1978) et Wallace (1980) pour l'entraînement aux habilités sociales, Block (1970) pour l'entraînement au travail. Enfin, dans les toutes dernières années, on a amorcé une certaine conceptualisation de l'ensemble des interventions qui semblent nécessaires au malade mental à long terme : Turner (1979), Anthony (1979), Lamb (1971 et 1982) aux États-Unis, Quider et Got (1982) en France, Wing (1981) et Bennett (1984) en Angleterre. On a aussi commencé à spécifier le type de traitement requis par certaines clientèles cibles, en particulier les jeunes adultes.

Le débat est très chaud entre tenants et opposants de la désinstitutionnalisation. Mais existe-t-il une évidence scientifique suffisamment solide pour ouvrir des pistes d'avenir ? C'est la question à laquelle nous avons essayé de répondre en amorçant cette recension des écrits.

Nous avons donc recensé les projets de recherche expérimentaux ou quasi expérimentaux traitant des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle et ceux traitant des alternatives aux cliniques externes actuelles et ce afin de déterminer s'il existe un certain

nombre de balises fiables. Nous avons aussi revu ceux qui, sans avoir le même schème expérimental, ont tenté de mettre en pratique sur une large échelle les leçons apprises de ces projets expérimentaux.

Après avoir étudié les résultats de ces divers projets, nous en tirerons des leçons pour l'intervention et compléterons ce matériel par des études qui testent directement un certain nombre d'interventions ou qui permettent de faire des hypothèses sur des types d'intervention qui devraient être expérimentées.

1. Résultat de la désinstitutionnalisation

Alternatives à l'hospitalisation traditionnelle

La question qui se pose ici est de savoir s'il est possible de trouver des alternatives à l'hospitalisation qui soient au moins aussi efficaces en terme de réduction des symptômes et d'amélioration du fonctionnement social du patient sans pour autant augmenter le fardeau sur la famille ou l'entourage immédiat et à des coûts directs et indirects moindres.

D'autres indicateurs d'efficacité sont parfois utilisés comme:

— la quantité de médicaments;
— le degré de satisfaction subjective;
— les modes d'adaptation;
— la capacité de vivre seul ou avec des pairs;
— les activités de loisir;
— le degré d'estime de soi;
— le degré d'atteinte des objectifs de traitement;
— la capacité de se révéler (self disclosure);
— la qualité de vie.

Les alternatives évaluées sont de quatre types: celles qui diminuent la durée de l'hospitalisation traditionnelle (hospitalisations brèves), celles qui se traduisent par une hospitalisation partielle (hôpital de jour), celles qui sont carrément des alternatives à l'hospitalisation (programmes en externe enrichis ou programmes communautaires) et celles qui sont des alternatives à une hospitalisation à long terme (c'est-à-dire qui visent la désinstitutionnalisation de patients après un séjour hospitalier très long).

Ce secteur de recherche est un de ceux qui ont été les plus investigués et un de ceux où les conclusions des études sont les plus congruentes d'une recherche à l'autre. C'est aussi un secteur

où les recherches ont été les plus soumises à une analyse critique et où réviseurs et investigateurs s'entendent le plus sur l'interprétation des résultats.

Ces études sont d'une qualité supérieure parmi les recherches en santé mentale : elles ont en commun d'avoir été conçues selon un protocole expérimental avec allocation au hasard des sujets dans les groupes de traitement et utilisation comme groupe contrôle d'un service hospitalier généralement au-dessus de la moyenne du point de vue de l'intensité de l'intervention.

Les critères d'exclusion sont majoritairement les mêmes : patients sans famille ou personne significative dans leur vie, patients homicidaires, ou suicidaires, ou alcooliques, ou toxicomanes, personnes souffrant d'une maladie physique grave, ou handicapées intellectuellement, personne résidant hors secteur ou personnes âgées de plus de 65 ans. Comme critères d'inclusion, les sujets ont en commun d'avoir été jugés en besoin d'admission à l'hôpital, c'est-à-dire présentant des symptômes jugés aussi graves que ceux des patients qui sont hospitalisés.

Les structures organisationnelles et les modalités de traitement de même que la clientèle visée sont variées d'une recherche à l'autre. Cependant, indépendamment de la façon d'actualiser les modalités de traitement, tous utilisent l'intervention de crise (disponibilité du service 24 heures sur 24, pas d'attente), la médication et le traitement individuel pour le patient ainsi que l'intervention familiale ou auprès de l'entourage le plus significatif du patient. L'hébergement protégé est parfois une composante du programme de même que des services de réadaptation.

Straw (1982), qui a fait une méta-analyse de ce type de recherches dans leur ensemble en utilisant des tests statistiques pour mesurer la force des résultats, en arrive aux mêmes conclusions que les autres : il n'y a pas de différences entre les programmes alternatifs et le traitement à l'interne en terme de diminution des symptômes, de fardeau sur la famille et une différence minimale en terme d'ajustement global des patients qui bénéficient du programme expérimental. Par contre, en terme de taux de réhospitalisation, de jours passés à l'hôpital et de résultats au niveau du travail, les résultats sont nettement supérieurs dans les programmes alternatifs. Cependant, les quelques études qui ont fait des follow-up au-delà de la période expérimentale (environ 2 ans) indiquent que les acquis ne se sont pas maintenus très longtemps après la fin des interventions.

Si l'on regarde de plus près les différents types d'alternatives, l'hôpital de jour et les programmes en externe enrichis ont des résultats légèrement supérieurs à l'hospitalisation brève particulièrement au niveau des taux de réhospitalisation et d'emploi. On pourrait avancer l'hypophèse que ce résultat est lié au fait qu'un plus grand nombre de ces programmes ont une composante de réadaptation. Il faut noter aussi qu'aucun de ces programmes n'est *moins* efficace que l'hospitalisation.

Six des sept recherches qui ont effectué des études de coût rapportent des coûts moindres pour les projets expérimentaux, différence due principalement à l'absence d'hospitalisation en début d'expérimentation et à un taux de réhospitalisation plus bas.

Nous avons indiqué, sous forme de tableau, dans un autre document[1], les limites d'interprétation pour chacune de ces études de même que les détails du schéma expérimental et des résultats. Nous avons inclus dans ce tableau *l'ensemble* des études repérées jusqu'à maintenant tant par notre propre recherche bibliographique que par les revues de Test et Stein (1978), Braun et al. (1981), Kiesler (1982) et Straw (1982). Elles ont toutes des limites méthodologiques plus ou moins importantes. Cependant, ce qui fait leur force est, tel que mentionné plus haut, la consistance des résultats d'ensemble et le schéma expérimental ou quasi expérimental utilisé.

La principale limite à la généralisation de ces résultats provient des critères d'exclusion utilisés. Les conclusions ne sont valides que pour les patients inclus dans la recherche ce qui peut varier entre 55 % (Fenton, 1982) et 75 % (Stein et Test, 1978) de l'ensemble de la clientèle d'un C.H.C.D. alors qu'on ne possède pas d'indications pour les C.H. à vocation psychiatrique.

L'autre limite importante à la généralisation des résultats est la constatation que les résultats ne sont maintenus qu'en autant que l'intervention existe (Davis, 1974; Stein et Test, 1978; Weinman et Kleiner, 1978). Une hypothèse pour expliquer cette constatation est liée à la nature de la maladie mentale et à la nature de l'intervention. Il fait percevoir le malade mental comme ayant une déficience à long terme qui peut nécessiter des supports à vie et des interventions directes et à long terme pour le maintien des acquis. Il est vulnérable à toute situation de stress. C'est pourquoi tous les projets expérimentaux avaient comme composante essentielle du programme l'intervention de crise et une disponibilité 24 heures sur 24. Comme

1 Voir le tome IV, Tableau 3 de cet Avis.

la théorie nous l'apprend[1], l'intervention de crise permet d'endiguer rapidement une situation qui autrement peut engendrer des effets négatifs cumulatifs.

Un autre constat est que tous ces projets expérimentaux ont été initiés par des professionnels très motivés à prévenir l'hospitalisation et ayant développé la structure de services en conséquence avec le support d'un bailleur de fonds sympathique.

Toute généralisation qui ne réunirait pas ces conditions risquerait d'échouer.

Enfin, même les programmes communautaires réussis ont dû assumer un pourcentage minimal d'échec (réhospitalisation long terme). Ce taux est bas mais il implique un certain nombre de patients pour lesquels il faut prévoir d'autres types de solution.

Bref, il est possible de traiter les patients dans la communauté beaucoup plus que nous ne le faisons maintenant à certaines conditions et entre certaines limites. Cependant, il est impossible sur la base des résultats présentés de penser à fermer l'asile (ou son équivalent) de même que le département de psychiatrie des C.H. C.D.

Dans le cadre d'une politique de santé mentale, il devient donc important d'estimer la prévalence, à un niveau local, des personnes en besoin de programmes de support communautaire[2] et d'identifier à un extrême ceux qui peuvent bénéficier de traitement, d'intervention familiale et d'intervention de crise seulement et à l'autre ceux qui auront toujours besoin d'institutionnalisation ou son équivalent, c'est-à-dire ceux pour lesquels la société doit assumer trois fonctions asilaires, soit la protection du dépendant, le contrôle du déviant et faire la démonstration de sa capacité de traiter.

Alternatives au traitement traditionnel en externe

Le traitement traditionnel en externe

Pour traiter des alternatives au traitement traditionnel en externe, il faut d'abord se replacer dans le contexte de ce qu'est le traitement traditionnel en externe. Straw (1982) le définit en se basant sur diverses narrations qu'on peut trouver dans la littérature. En général,

---

1 Voir entre autres Caplan (1983) in Principles of Preventive Psychiatry N.Y., Basic Books pour une conceptualisation de l'intervention de crise.

2 H.V. Szymanski, H.C. Schulberg, V. Salter, N. Gutterman (1982), Estimating the Local Prevalence of Persons Needing Community Support Programs, Hosp. and Co. Psychiatry 33 (5).

les patients sont vus individuellement en clinique externe pour une brève thérapie de support et un contrôle de la médication. Ces services sont fréquemment assumés par une infirmière ou un résident en psychiatrie. Il ne faut cependant pas négliger le fait qu'un nombre substantiel de patients ne reçoivent aucun service. En effet, la réception de services à l'externe se fait sur une base volontaire. Par ailleurs, les familles des patients sont rarement vues et lorsqu'elles le sont, c'est généralement dans l'optique d'obtenir un complément d'information permettant de poser un meilleur diagnostic et d'assurer un meilleur traitement du patient plutôt que de répondre à leurs besoins propres d'information, de support et d'éducation. Dans ce contexte, il est probable qu'un certain nombre de patients négligent de prendre leur médication et que le contrôle des effets des médicaments ne se fasse pas toujours d'assez près. Cette réalité du traitement externe traditionnel rend plus difficile l'évaluation de son efficacité. Avant de pouvoir déterminer si les traitements innovateurs sont plus efficaces que la médication seule, on doit d'abord évaluer l'efficacité de la médication (comparée à un placebo), sans quoi il est possible que ce qu'on croit être l'effet du traitement innovateur ne soit en réalité que celui de la médication.

Efficacité de la médication

Il ressort de l'analyse que Straw (1982) fait des études sur la médication qu'elle a un effet positif très important sur la réduction des symptômes. L'effet sur le taux de réhospitalisation est cependant beaucoup plus bas[1].

Les alternatives au traitement traditionnel en externe

Les études recensées décrivent trois types de programmes qui ajoutent au traitement traditionnel à l'externe tel que décrit précédemment :

— ajout minimal (31 études) ;
— hôpital de jour (hospitalisation partielle) (6 études) ;
— programmes complets et intégrés (7 études).

— *Ajout minimal*

Il s'agit ici en général de l'ajout d'interventions thérapeutiques auprès du patient. Ces interventions peuvent être individuelles ou de

1 Voir le tome III de cet Avis pour une analyse beaucoup plus détaillée des effets de la médication.

groupes. Occasionnellement, une thérapie familiale ou de crise est pratiquée.

Selon Straw (1982) ce type d'interventions, comme les deux autres types qui suivront, ajoutent peu à l'effet de la médication pour diminuer le taux de réhospitalisation (« effect size » entre 0,3 et 0,4 contre un « effect size » de 0,21 pour la médication comparée à un placebo).

Cependant, si on considère les autres critères d'efficacité généralement utilisés dans leur ensemble, il existe un écart important entre les programmes classés « ajout minimal », l'hospitalisation partielle, de même que les programmes complets et intégrés. Dans le premier cas, toujours selon Straw, les « effect sizes » moyens varient entre 0,16 et 0,42 alors que pour les programmes complets et intégrés, ils se situent autour de 0,53 ce qui correspond à peu près à une différence de 25 % ce qui est considéré comme un accomplissement majeur dans le domaine de la santé mentale.

— Hôpital de jour (hospitalisation partielle)

Historiquement, cette modalité de traitement a été utilisée avec des *clientèles hétérogènes*. Les objectifs poursuivis n'étaient pas toujours clairs et il n'était pas toujours possible de mettre en place des moyens et de déterminer des objectifs pour une clientèle aussi diversifiée.

En conséquence, c'est une modalité de traitement qui devenait de moins en moins utilisée.

Or, le phénomène de désinstutionnalisation et l'engagement de plus en plus grand des professionnels envers la clientèle psychiatrique chronique a commencé à changer tout cela — du moins aux État-Unis. Il existe encore beaucoup de confusion autour de la définition de l'hospitalisation partielle, mais on s'oriente de plus en plus vers des programmes spécialisés visant des *clientèles homogènes* et on parle d'approche stratifiée à la programmation (Washburn et Conrad, 1979). C'est ainsi que Klar, Frances et Clarkin (1982) identifient trois modalités d'hopitalisation partielle pour trois types de clientèle différente :

— l'hospitalisation partielle intensive ;
— l'hospitalisation partielle pour soins chroniques ;
— l'hospitalisation partielle avec programmes de réadaptation.

a) L'hospitalisation partielle intensive

Utilisée comme alternative à l'hospitalisation, elle vise l'établissement d'un diagnostic et l'évaluation des troubles psychiatriques aigus, la stabilisation de la symptomatologie aiguë et l'identification des facteurs précipitants dans l'environnement. Elle est d'une durée d'un à quatre mois. Elle offre l'avantage de préserver l'estime du patient pour lui-même en le maintenant dans la communauté tout en évitant la stigmatisation du statut de patient.

Les auteurs s'entendent pour reconnaître les avantages de l'hospitalisation partielle conçue de cette façon sur l'hospitalisation traditionnelle : coût plus bas et, généralement, une réaction favorable de la famille (Herz 1982, Wilder 1966, Washburn 1976).

b) L'hospitalisation partielle pour soins chroniques

Elle est caractérisée par des attentes limitées envers le patient, une tolérance élevée aux symptômes et une approche de traitement concrète et pratique. Le *ratio personnel/patient est bas* et la présence du psychiatre n'est pas requise de façon constante. Ce programme est accessible au patient *à vie* et il peut en entrer ou en sortir à sa guise.

L'étude de Linn et al. (1979) s'est penchée sur l'efficacité de ce type de programme. Ceux offrant plus de thérapie occupationnelle étaient associés à des rémissions plus longues des patients, une réduction des symptômes, des modifications d'attitudes des patients, des admissions relativement plus longues et moins d'abondance de traitement « turnover ». Les programmes qui offraient plus de thérapie de groupe et disposaient de plus de temps de personnel professionnel étaient associés à de mauvais résultats et à un turnover élevé de patients. Les programmes dont les coûts étaient les plus élevés étaient généralement ceux dont les résultats étaient moindres.

c) L'hospitalisation partielle avec programmes de réadaptation

Ce type d'hospitalisation partielle s'adresse à une population diversifiée de patients ayant en commun des déficiences majeures au niveau du fonctionnement social ou vocationnel causé par des troubles sévères de la personnalité ou des vestiges d'épisodes psychotiques qui sont partiellement en rémission.

Ce type de programme fournit traitement et réadaptation *de façon plus intensive que possible dans une clinique externe traditionnelle*. Les objectifs élevés et les attentes de changement créent

une atmosphère qui tolère peu les symptômes. Le temps des patients est très structuré et le personnel est de garde la nuit et les fins de semaine. L'accent est mis sur le développement et la réacquisition d'habiletés qui favorisent le retour au travail et permettent d'assumer un rôle familial; ceci inclut des techniques de thérapie brève, de la thérapie de groupe et familiale ainsi que de la médication. Souvent ces programmes opèrent dans des lieux autres que l'hôpital général, les patients sont visités par les médecins plusieurs fois par semaine pour surveiller la médication. Les patients généralement requièrent de 4 à 8 mois de traitement. Ils sont requis de se présenter cinq jours/semaine, six heures par jour. Une seule étude (Meltzoff et Blumenthal, 1966) compare ce type de programme à une clinique externe. Dix-huit mois après le congé, les patients bénéficiant du programme expérimental avaient plus de chance d'être employés, moins de chance d'être réhospitalisés et avaient moins de symptômes que ceux traités en clinique externe.

En résumé, il demeure encore beaucoup de confusion autour de la définition de l'hospitalisation partielle ce qui rend le petit nombre d'études existantes peu comparables entre elles. On s'entend cependant pour dire que les programmes d'hospitalisation partielle sont au moins aussi efficaces que l'hospitalisation traditionnelle pour traiter les patients psychotiques qui ne présentent pas de risque de violence contre eux-mêmes ou contre autrui et supérieurs au traitement en clinique externe pour les schizophrènes chroniques qui s'améliorent beaucoup plus au niveau de l'adaptation sociale et de l'adaptation au travail (Moskowitz, 1980; Greene, 1981; Herz, 1982; Hersen, 1979; Weiss et Dubin, 1982).

D'un point de vue coût-bénéfice, l'hospitalisation partielle conçue de cette façon est nettement supérieure à l'hospitalisation traditionnelle (Langsley, 1964; Herz, 1971; Washburn, 1976; Guillette, 1978; Fink, 1978; Guidy, 1979; Krowinsky et Fitt, 1978).

— *Programmes complets et intégrés*[1]

Nous avons déjà souligné les résultats d'ensemble nettement supérieurs à la moyenne de ces types de programme. Ils sont aussi parmi ceux qui ont la durée de vie la plus longue: la « Lodge Society » de Fairweather a fêté son vingt-cinquième anniversaire il y a quelques années et la Fountain House de New York est en existence depuis la fin des années cinquante.

---

1 Voir le tome IV, Tableau 4, de cet Avis pour le détail du schéma expérimental et des résultats de ces études.

Programmes cherchant à généraliser les innovations

La majorité des programmes dont nous venons de décrire les résultats ont été créés pour tester diverses modalités de traitement dans la communauté, ont été financés partiellement avec des fonds de recherche et se sont terminés après une phase d'expérimentation variant de 6 mois à 5 ans. Seuls les programmes complets et intégrés se sont prolongés au-delà de la phase expérimentale.

La question suivante était de savoir si une fois démontrée la faisabilité, il était possible de généraliser les résultats. C'est la question à laquelle l'expérience de Sacramento voulait répondre.

L'expérience de Sacramento

Sacramento était un comté de 700 000 habitants avec 5 centres communautaires de santé mentale. Il s'agissait d'un comté qui envoyait un grand nombre de ses résidents aux hôpitaux d'état (1 100 par année) et avait 750 patients dans le système hospitalier en 1968. Le programme avait un seul centre de crise ouvert 24 heures par jour avec un *personnel professionnel motivé à éviter les hospitalisations inutiles*. Ce centre de crise était situé dans le service d'urgence de l'hôpital du comté. Durant la journée, il était possible de recevoir un traitement immédiat sur demande à chacun des centres communautaires et à plusieurs « outreach centers ». Des programmes spécialisés furent établis pour les patients chroniques (de même que pour les enfants, les personnes âgées et d'autres populations sans services). Depuis 5 ans, le nombre d'admissions aux hôpitaux d'état était passé de 1 100 par année à 30 à 40. En établissant un *lien étroit* entre les programmes de traitement communautaire et le système hospitalier, le nombre de patients à l'interne passa de 750 à 25.

Les principes et le support communautaire reçus par le programme sont décrits de la façon suivante :

> « The Sacramento program was based on principles of commitment to serving the needs of all patients; accessibility of all services; use of a multidisciplinary mental health team, with an appropriate role for each discipline; a continuum of specialized services for the chronic mental patient; aggressive and continuous follow-up; the use of the CMHSs for professional education; commitment to aggressive public education and information services; and an active program evaluation unit to monitor needs and assess the impact of services rendered. This new program (which featured crisis intervention as an important alternative to hospitalization) achieved a high degree of community accep-

tance, both public and political, and was treated positively by the media. This community support was best explained by the simple fact that the program worked, as evidenced by several indices: evaluation studies showing that individuals with a psychotic diagnosis were receiving equal or higher levels of treatment than neurotics, the small number of patients being referred to state mental hospitals, positive feedback from licensing and inspection agencies, low frequency of consumer complaints and high frequency of positive feedback, and positive cooperation from law enforcement groups. The Sacramento experience was felt to be an indication of the usefulness of crisis intervention for avoiding hospitalization in truly largescale service systems as well as in the pilot demonstration project in Denver »[1]

2. Processus de désinstitutionnalisation

Leçons pour l'intervention à dégager des programmes réussis

Nous avons déjà identifié certains facteurs communs aux programmes réussis:

1. Leadership professionnel, engagé envers le malade chronique, et motivé à trouver des solutions dans la communauté. Ce leadership est supporté par un financement approprié.
2. En terme d'intervention:
   - Médication appropriée
   - Support au patient et intervention familiale
   - Intervention de crise et lien avec l'équipe psychiatrique
   - Continuité des services assurée à long terme
   - Hébergement protégé et réadaptation dans un certain nombre de cas, que ce soit dans un Centre de réadaptation psychosocial ou dans un hôpital de jour avec programmes spécialisés pour ce type de patients
   - Un nombre limité de programmes a utilisé des non-professionnels comme intervenants
3. En terme de coûts:
   — il est possible de maintenir 55 à 75 % des patients dans la communauté au lieu de les hospitaliser, et cela à des coûts beaucoup moindres et pour des résultats égaux

1 Le Boston State Hospital a fait une expérience de désinstitutionnalisation intéressante, échelonnée sur une période de 15 ans et décrite dans Stein et Test (ed), Alternatives to Mental Hospital Treatment (1978).

— pour les patients les plus chroniques, une hospitalisation partielle avec ratio personnel/patient très bas est aussi une alternative économique et bénéfique

— entre les deux, pour les patients qui ont besoin de réadaptation active et d'hébergement protégé, les coûts sont au moins égaux et peuvent être plus élevés mais le résultat est en proportion de l'intensité et de la durée de l'intervention.

Nous avons aussi déterminé que le traitement traditionnel n'incluait pas tous ces éléments.

En conséquence, le maintien dans la communauté des patients psychiatriques requiert un changement important des mentalités des professionnels avec réaménagement organisationnel approprié et un certain investissement de fonds. Les balises sont là. Il reste à faire l'analyse de la situation du Québec en rapport avec ces repères et à prendre les décisions appropriées. Les changements désirés appellent aussi une réorganisation de l'enseignement universitaire en conséquence.

Autres résultats de recherche qui viennent corroborer les leçons tirées des programmes réussis

Médication appropriée

Il semblerait (Engelhart et Rosen, 1982) qu'un certain nombre d'études bien contrôlées menées auprès de *patients hospitalisés* aient démontré que les patients traités au moyen d'une médication active obtiennent plus souvent et plus rapidement leur congé de l'hôpital que ceux ayant reçu un placebo. Pour appuyer cette conclusion, les auteurs se réfèrent à Cole et Davis (1969), Efron et al. (1968), Klein et Klein (1968), Engelhart (1974), Gittelman-Klein et Klein (1968), Klein et Davis (1969). Des études plus récentes laissent entendre que l'efficacité d'une pharmacothérapie pourrait être fonction du degré de compétence des patients; ces études ont en effet démontré que les phénothiazines, une catégorie de neuroleptiques, sont surtout efficaces chez les patients jugés peu ou non compétents (Erans et al. 1972, Saenger 1970, Engelhart et Freeman 1965, Rosen et al. 1968, 1971). La compétence est ici définie en terme de degré de scolarité, d'emplois antérieurs et de statut marital.

Par contre, les résultats de recherche sur la médication utilisée par des *patients suivis en externe* sont moins clairs.

Intervention familiale

Les programmes réussis ont tous démontré qu'ils diminuaient le fardeau sur la famille autant que l'hospitalisation. Cependant, dans les deux cas, la preuve a été faite que le fardeau du malade mental sur la famille demeure élevé et n'est pas complètement résorbé même avec une intervention.

Les nouvelles formes de thérapie familiale se sont intéressées à ce problème et plutôt que de considérer la famille comme « cause » de la maladie, elles ont cherché à répondre aux besoins quotidiens des familles en leur offrant information, éducation et support dans les domaines suivants: nature de la maladie mentale, médication, gestion des problèmes de comportement, techniques de réduction de stress. Parfois, on offre aussi une thérapie familiale plus traditionnelle. Goldstein (1981) et McFarlane (1983) dans leurs revues de ces études s'entendent pour dire que les résultats préliminaires (sur 1 an) de ces études sont très encourageants dans le sens que ces études ont un rapport coût-bénéfice intéressant, sont très efficaces pour réduire le taux de réhospitalisation et font la preuve que la famille peut être une ressource valable à long terme pour le malade chronique *à condition* de recevoir support et information.

Ces programmes tiennent compte des recherches britanniques qui ont démontré qu'il y a un taux de rechute plus élevé chez les patients dont les familles ont un haut niveau d'émotions exprimées (hostilité, surimplication émotive, critique à l'égard du patient). L'objectif des programmes d'intervention est donc de réduire ce niveau d'émotions exprimées.

Intervention de crise et lien avec l'équipe psychiatrique

Dans les programmes réussis, les modalités d'intervention de crise varient. Pour Pasamanick, elle est assumée par une infirmière en santé publique avec le support au besoin du psychiatre et du travailleur social de l'hôpital. Pour Langsley, il s'agit d'une thérapie familiale de crise effectuée par une équipe. Pour Fenton, à Montréal, il s'agit d'une équipe qui se partage les responsabilités et effectue des visites à domicile. Une hospitalisation de 24 heures est parfois utilisée. Dans tous les cas la continuité interne-externe est assurée, peu importe la modalité.

Les bons résultats de ce type d'intervention sont consistants avec toute la théorie de l'intervention de crise développée par Caplan[1].

1 Caplan C. (1970), The Theory and Practice of Mental Health Consultation, N.Y., Basic Books.

Réadaptation

Les programmes réussis ont fait la démonstration que les progrès au niveau de développement des habiletés de vie quotidienne, des habiletés sociales ou des habiletés au niveau du travail ne se développaient qu'avec des interventions intensives dans les secteurs visés et que les progrès réalisés ne se maintenaient qu'en autant que les interventions étaient maintenues elles aussi.

Ces résultats sont consistants avec la recherche sur l'entraînement aux habiletés sociales (Marzillier, 1978; Wallace, 1980) et la recherche sur l'entraînement au travail (Anthony, 1972) pour les patients psychiatriques[1].

Utilisation de non-professionnels

Trois programmes réussis (Mosher, 1975; Weinman, 1978; Katkin, 1975) ont utilisé des non-professionnels ou des bénévoles.

Pour Mosher, il s'agissait de personnes des deux sexes avec moyenne d'âge de 27,6 ans en majorité célibataires, d'intelligence supérieure avec une moyenne de 14,6 ans d'éducation et majoritairement de classe sociale moyenne ou moyenne inférieure. Leurs familles d'origine étaient généralement des familles problème mais eux personnellement avaient une certaine distance par rapport à ces difficultés et avaient développé une intégration personnelle assez remarquable. On leur offrit un entraînement de 6 mois, entraînement qui consistait à travailler avec des thérapeutes chevronnés mais sans lectures formelles. L'accent était mis sur le besoin d'« être avec » et non de « faire pour ». Deux personnes quittèrent le projet après 6 mois parce qu'elles le trouvaient « violent » et le salaire trop bas.

Katkin développa deux projets. Dans le premier, il s'agissait de cinq mères de famille entre 35 et 55 ans. Dans le second, il s'agissait de deux membres du clergé et de quatre mères de famille. Le psychiatre et le travailleur social de l'équipe les informèrent des signes critiques de décompensation et des effets secondaires de la médication. Après plusieurs mois, on leur confia le rôle de thérapeute et ils eurent des rencontres hebdomadaires avec le personnel de l'hôpital. Leurs fonctions étaient de vérifier que les patients gardent leurs rendez-vous et prennent leurs médicaments, d'évaluer les signes de décompensation, d'aider à trouver de l'hébergement et du travail et de faire du conselling de support.

---

1 Note: Une étude faite par Bertram J. Black en 1970 nous est parvenue trop tard pour que nous puissions l'incorporer.

Quant à Weinman, il utilisa les non-professionnels dans deux types de rôles. Certains hébergeaient des patients chez-eux et avaient comme tâche de les superviser et de faire leur éducation au niveau des comportements instrumentaux et sociaux. D'autres les visitaient à domicile 10 heures/semaine avec le même objectif de supervision et d'éducation au niveau des comportements instrumentaux et sociaux. Comme formation, ils eurent cinq sessions payées d'une heure trente chacune où ils reçurent l'information de base. Ils bénéficiaient ensuite d'une supervision individuelle et de groupe par un professionnel de même que de réunions conjointes patients et non-professionnels avec un professionnel. Leur engagement était d'un an.

Dans les trois cas, il s'agit de non-professionnels fonctionnant dans un modèle médical avec follow-up agressif des patients.

Des revues relativement récentes de la littérature comparant l'efficacité des paraprofessionnels et des professionnels (Durlak, 1979; Nietzel et Fisher, 1981; Durlak, 1981) font la démonstration qu'on n'en est pas encore arrivé à des résultats concluants à ce sujet.

Conclusion

Cette recension des écrits s'est intéressée uniquement aux recherches expérimentales et quasi expérimentales avec les avantages et les limites inhérents à ce type d'approche. Entre autres, d'un point de vue programmation et intervention, on ne retrouve ici que les programmes et interventions testés ce qui n'exclut pas la possibilité qu'il en existe d'autres qui soient également efficaces ou même supérieurs ou encore qui augmentent l'efficacité des programmes existants.

Certains par exemple, ont commencé à tenter de cerner la problématique des jeunes adultes et à y apporter des solutions spécifiques (Stein 1982 — Pepper 1981).

D'autres s'intéressent à améliorer les connaissances existantes sur le réseau social de l'ex-patient psychiatrique (J. Guay, 1981; Hammer, 1978; Beels, 1978-1981; Yvon Lefebvre[1]) ce qui pourrait éventuellement amener à modifier le style d'interventions existant présentement.

---

1 LEFEBVRE, Yvon, Profil sociopsychologique d'ex-patients non encadrés à l'urgence psychiatrique: impact psychosocial et criminologique. No 4554-50-6, Recherche en B.E., Subvention nationale au B.E., ministère de la Santé et du Bien-être social, Ottawa (projet en cours).

Enfin, la littérature décrivant les facteurs liés aux admissions et aux réadmissions[2] en psychiatrie fournit une série de pistes sur les facteurs sociaux agissants comme facteurs précipitants et sur lesquels il serait tout aussi important d'intervenir que sur les symptômes.

Tout n'est donc pas résolu mais il ressort de cette recension des écrits qu'il faut reconnaître la problématique du malade mental chronique et y apporter une *diversité* de réponses spécifiques que ce soit en modifiant notre organisation de services, en assurant un minimum de fonction asilaire ou encore en aidant un groupe de patients qui le veut à structurer un lieu où ils puissent assumer un leadership dans la conduite de leur vie quotidienne, à la façon de Fairweather (1969). L'accent ne doit plus être mis sur le traitement mais sur l'ensemble des mesures susceptibles de fournir un support adéquat.

2 Voir le tome IV de cet Avis.

Recommandations

Les souffrances des personnes atteintes de troubles mentaux ou connaissant d'importants problèmes psychosociaux ne peuvent laisser indifférents. Les difficultés que connaissent les milieux de vie et de travail de ces personnes ou les coûts inhérents à la prise en charge de leurs troubles ou problèmes méritent aussi beaucoup de considération. Aussi n'est-il pas surprenant qu'on s'intéresse de plus en plus, dans maintes sociétés, à l'efficacité (et à l'efficience) des interventions en santé mentale. Le Comité de la santé mentale du Québec redit l'importance de cette préoccupation grandissante et la croit susceptible de conduire à une réduction de l'incidence et de la prévalence des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux.

Après s'être penché sur une somme considérable de résultats d'études scientifiques relatives à l'efficacité des interventions en santé mentale, et considérant la nécessité de viser à réduire davantage l'incidence et la prévalence des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux, le Comité de la santé mentale du Québec juge à propos de faire des recommandations sur cette importante question de l'efficacité des interventions en santé mentale et de les rassembler autour de trois axes: la recherche, l'éducation et la distribution des services.

I- La recherche

A) Recommandations générales ayant trait à la recherche

Compte tenu du fait que nous avons relevé peu de travaux scientifiques venant de chercheurs québécois et que la trentaine de rapports reçus suite à une consultation publique que nous avons réalisée a rapporté peu de données scientifiques, nous nous devons de faire les quatre recommandations générales suivantes:

1. La recherche dans le domaine de la santé mentale est nettement insuffisante au Québec. À ce sujet, toutes les mesures possibles devraient être prises pour développer des programmes de recherche dans ce domaine. De façon plus précise, la recherche sur la prévention de même que sur les aspects psychosociaux de la maladie mentale est presque inexistante dans notre province; elle doit donc être encouragée et stimulée. Bien que déjà bien en place, la recherche sur les aspects biologiques et biochimiques de la santé mentale doit aussi être développée. Les sommes consenties en recherche en santé mentale doivent être plus conformes à celles consenties pour la prise en charge.
2. Il y a tout lieu de recommander un investissement accru dans la formation de chercheurs dans le domaine de la santé mentale. Leur formation de même que leur expertise de recherche devraient être multidisciplinaires.
3. Il nous apparaît important de souligner que les organismes gouvernementaux devraient négocier des ententes de 3 à 5 ans en vue de créer et d'appuyer des programmes de recherche dans des établissements appropriés. Cette façon de procéder permettrait non seulement de développer des équipes ayant une masse critique mais également de leur fournir une période de temps propice au développement des connaissances.
4. Enfin, depuis l'adoption au Québec de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, de plus en plus de chercheurs éprouvent d'énormes difficultés à réaliser certains projets de recherche, notamment dans le champ de la santé mentale. Il importe que ce problème soit étudié avec diligence. La négligence de le faire avec célérité pourrait avoir des effets extrêmement regrettables sur la recherche en santé mentale au Québec.

B) Recommandations spécifiques ayant trait à la recherche

De façon plus spécifique, le Comité fait les recommandations suivantes concernant la prévention, le traitement, la réadaptation et le support dans la communauté.

1- La prévention

Étant donné:

a) l'importance de faire de la prévention, c'est-à-dire de travailler à extirper à leurs sources les divers problèmes de santé mentale et à assurer le développement des personnes et des communautés,

b) le peu de ressources consacrées à ce chapitre en ce qui concerne la personne adulte, alors que de nombreux déséquilibres peuvent se produire à cette période de la vie et remettre en cause la participation comme citoyen, conjoint et parent,

c) qu'il est possible de rejoindre et d'intéresser la population à des approches préventives, que ces approches se révèlent dans une certaine mesure efficaces quoiqu'elles soient encore en développement, le Comité de la santé mentale du Québec recommande, pour arriver à une meilleure efficacité de nos interventions en prévention,

a) que nos efforts de recherche portent sur:

a-1) l'identification des facteurs de risque et des facteurs de développement, autant chez les individus que dans les communautés, afin de fonder nos interventions sur des modèles théoriques cohérents,

a-2) le raffinement des stratégies d'intervention utilisées dans les programmes de prévention, en particulier le recours aux média, aux profanes, aux groupes d'entraide, aux groupes de citoyens, afin de tirer partie des développements les plus récents et de voir à identifier les processus d'implantation les plus pertinents socialement,

a-3) des études évaluatives d'efficacité et d'efficience de divers programmes en fonction de diverses clientèles et besoins,

a-4) des études sur les conditions organisationnelles et communautaires favorisant le développement, le maintien et l'amélioration des programmes de prévention;

b) qu'une partie de ces efforts de recherche soit animée, à un niveau provincial, par une structure vouée à la recherche en prévention,

cette structure serait indépendante et impliquerait des chercheurs, des intervenants et des citoyens,

les fonctions de cette structure seraient de:

b-1) développer des projets pilotes dans des domaines où les connaissances sont suffisantes afin d'orienter les interventions, et où les besoins sont reconnus par la société,

b-2) voir à l'évaluation de l'efficacité, de l'efficience et de la pertinence de projets pilotes et de projets déjà implantés et largement diffusés,

b-3) voir à améliorer les outils méthodologiques disponibles en évaluation et à les rendre disponibles aux diverses institutions de services,

b-4) bâtir une banque de données sur les programmes de prévention québécois et les centres d'excellence,

b-5) faire avancer les connaissances en favorisant la création de comités d'experts québécois et en maintenant des contacts avec les chercheurs étrangers;

c) qu'une autre partie des efforts de recherche se fasse à un niveau décentralisé dans les diverses institutions de services et les groupes communautaires concernés;

les fonctions à assumer seraient de:

c-1) voir à fournir une description de tout programme de prévention qu'ils développent,

c-2) voir à instaurer une tradition d'évaluation de leur propre pratique chez les intervenants et les responsables,

c-3) participer le cas échéant à des projets pilotes et à des évaluations de programmes globaux.

Afin d'atteindre ces objectifs, des moyens financiers et des ressources humaines, sous la forme de consultation de personnes externes à ces milieux, doivent être mis à leur disposition.

2- Le traitement

Étant donné:

a) que la littérature ne supporte pas la conclusion que des traitements à long terme sont plus efficaces que des traitements à court terme;

b) que la psychothérapie est démontrée être efficace, mais que les facteurs d'efficacité ne sont pas suffisamment évidents;
c) que la spécificité des psychothérapies pour des problèmes particuliers n'est pas généralisée;
d) que la majorité des psychothérapies actuelles sont surtout applicables pour les groupes socio-économiques moyens et élevés;
e) qu'il est possible de développer des modes de traitement occasionnant des frais moindres et que la recherche en tient peu compte;
f) que l'usage inégal de la thérapie électroconvulsive selon les régions du Québec rend douteuse la rigueur de son application;
g) l'efficacité démontrée des médicaments dans le traitement de plusieurs maladies mentales, mais aussi les dangers potentiels de ces médicaments;

le Comité recommande:

a) pour la recherche en psychothérapie
   a-1) de développer des études contrôlées sur des psychothérapies à court terme qui ont déjà de bonnes bases scientifiques,
   a-2) de préconiser des méthodes de traitement psychologiques qui puissent modifier les problèmes d'une grande partie de la population,
   a-3) de soutenir des projets de recherche sur des psychothérapies efficaces pour toutes les classes socio-économiques,
   a-4) d'encourager les chercheurs dans ce domaine à développer des projets de recherche qui tiennent compte des coûts des traitements, de même que du personnel qui peut administrer ces traitements. En ce sens, il nous semble que trop souvent certains chercheurs oublient les coûts engendrés par des projets de recherche dont les résultats deviennent difficilement généralisables à une grande population et coûtent très cher dans leur application;
b) pour la recherche sur la thérapie électroconvulsive
   b-1) de définir plus clairement et évaluer scientifiquement la place de la thérapie électroconvulsive dans le traitement des malades mentaux,
   b-2) compte tenu des statistiques sur les électrochocs au Québec, de faire des études rétrospectives et surtout prospectives qui permettraient d'évaluer non seulement leur efficacité à plus ou moins long terme, mais aussi les effets

secondaires, les accidents et les disparités régionales reliés à cette procédure;

c) pour la recherche sur la médication

c-1) de continuer les projets de recherche en sciences neurologiques et en pharmacologie clinique afin de découvrir les causes organiques sous-jacentes à certaines maladies mentales,

c-2) de développer des médicaments qui soient plus efficaces et surtout qui éliminent les dangers d'effets secondaires, surtout ceux qui sont irréversibles à long terme comme la dyskinésie tardive.

3- La réadaptation et le support dans la communauté

Étant donné:

a) qu'il y a peu d'études décrivant le processus de désinstitutionnalisation,

b) que des modalités de traitement existent mais que les programmes spécifiques sont rares et que ce n'est que très récemment qu'on a commencé à s'intéresser à des modèles intégrés d'intervention de support psychosocial et de réadaptation dans la communauté,

c) que l'intervention de crise en général a été démontrée comme essentielle et que l'intervention de crise, en particulier au niveau de l'urgence, ne devrait pas être basée uniquement sur l'évaluation de la pathologie, mais aussi sur celle des facteurs psychosociaux comme facteurs précipitants,

d) que la continuité du support a été déterminée comme un facteur crucial du succès des programmes,

e) que les caractéristiques du réseau social chez certains sujets déterminent une admission plus ou moins rapide à l'hôpital et affectent le résultat de l'intervention,

le Comité recommande:

a) que les efforts de recherche portent systématiquement sur:

a-1) la comparaison de différentes modalités de traitement (à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital) selon les besoins spécifiques de différentes clientèles,

a-2) la systématisation des interventions psychosociales,

a-3) les types de structures organisationnelles permettant de maximiser la continuité de l'intervention et des services,

a-4) les obstacles au maintien dans la communauté,

b) qu'en regard des modalités:
   b-1) soit créé un pôle de recherche qui s'intéresserait au développement des connaissances et de modes d'interventions psychosociales,
   b-2) une autre partie des efforts de recherche soit décentralisée selon les modalités décrites pour la prévention.

II- L'éducation

Pour augmenter l'efficacité des modes d'intervention en santé mentale, en plus de la recherche il faut sans aucun doute développer l'éducation autant au niveau du grand public qu'au niveau des professionnels de la santé mentale. Pour ce faire, deux modes d'intervention nous semblent particulièrement prometteurs: ce sont l'éducation populaire et l'enseignement spécialisé. En ce sens, le Comité recommande les propositions générales et spécifiques qui suivent.

A) Recommandations générales ayant trait à l'éducation

Le Comité de la santé mentale du Québec recommande que:

1) des leaders de notre communauté soient associés à la diffusion de l'information sur la prévention, le traitement et la réadaptation ainsi que le support dans la communauté pour des gens qui présentent des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux;
2) que le système d'enseignement à tous les niveaux puisse participer aux efforts d'éducation populaire en ce qui a trait à la prévention, au traitement, à la réadaptation et au support dans la communauté;
3) que la formation des intervenants en santé mentale soit revue tant au niveau des concepts que des habiletés de développement des programmes;
4) que les Corporations concernées par la santé mentale fournissent à leurs membres une formation continue dans ces trois domaines;
5) qu'une attention particulière soit portée à des groupes non professionnels pour les consulter sur les moyens d'éducation et les rejoindre dans des buts d'éducation.

B) Recommandations spécifiques ayant trait à l'éducation

1- La prévention

Étant donné :

a) la méconnaissance de l'importance et des possibilités de la prévention en ce qui a trait aux troubles mentaux et aux problèmes psychosociaux,

b) la nécessité de fonder les interventions préventives sur des assises théoriques solides pour arriver à une certaine efficacité,

c) que d'après notre recension des écrits les agents de prévention ne sauraient se restreindre aux seuls intervenants spécialisés en santé mentale,

le Comité recommande :

a) que des cours sur la prévention soient mis sur pied en mettant en valeur la contribution des diverses disciplines et écoles de pensée ;

b) que du matériel de formation sur la prévention soit produit et diffusé ;

c) que l'on utilise dans le cas des travailleurs en santé mentale des stratégies d'éducation reposant principalement sur des modes de consultation à moyen et à long termes ;

d) que l'on accueille et que l'on sollicite des projets de prévention issus de membres de la communauté et que ces personnes aient à leur disposition des ressources d'éducation pour les aider à développer leur projet ;

e) que des mécanismes incitatifs soient disponibles pour amener les divers agents à parfaire leur éducation en prévention.

2- Le traitement

Étant donné :

a) que la spécificité des techniques psychothérapeutiques pour des problèmes particuliers n'est pas généralisée ;

b) la dimension biopsychosociale de la plupart des problèmes de santé mentale ;

c) l'apparition fréquente de nouvelles techniques psychothérapeutiques et des développements constants dans les traitements psychopharmacologiques ;

d) l'importance pour l'individu et les communautés de connaître ce qu'est la santé et la maladie mentale;

le Comité recommande:

a) pour les étudiants

a-1) que les universités visent à former des psychothérapeutes sensibilisés à un vaste répertoire de techniques psychothérapeutiques et mettent l'accent sur l'importance du travail multidisciplinaire en santé mentale;

a-2) que les facultés de médecine mettent davantage l'accent sur la possibilité de traiter les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux par d'autres moyens que la seule médication;

b) pour les intervenants

b-1) que les organismes favorisent la mise à jour de leur personnel sur les méthodes psychologiques, sociales et médicales pour résoudre les différents problèmes de santé mentale;

b-2) que les médecins, omnipraticiens et spécialistes, et les pharmaciens reçoivent un enseignement continu afin qu'ils soient au courant des nouveaux développements dans les traitements pharmacologiques des malades, de même que des problèmes qu'ils engendrent;

b-3) que les hôpitaux et les thérapeutes soient davantage informés des nouveaux programmes sur le traitement familial des schizophrènes et soient instrumentés pour les appliquer dans leur milieu;

b-4) que le système de santé participe activement à la distribution au grand public des publications gratuites sur la santé et les maladies mentales;

b-5) que les organismes d'intervention sensibilisent leur personnel à établir de meilleurs contacts avec la clientèle;

c) pour le public

— que tous les moyens de diffusion (publication, film, vidéo) soient pris pour informer la population en général.

3- La réadaptation et le support dans la communauté

Étant donné que les résultats de recherche ont démontré

a) que l'intervention de crise devait tenir compte non seulement des symptômes du patient mais aussi des facteurs psychosociaux agissant comme facteurs précipitants de cette crise,

b) que l'intervention familiale de type psycho-éducatif a commencé à produire des résultats intéressants, particulièrement avec les familles de schizophrènes,

c) que la responsabilité de coordonner les interventions et les systèmes de support a été trouvée essentielle à la survie des programmes alternatifs à l'hospitalisation,

d) que les caractéristiques du réseau social chez certains sujets déterminent une admission plus ou moins rapide à l'hôpital et affectent le résultat de l'intervention,

le Comité recommande:

a) que les programmes éducatifs concernés soient révisés de façon à inclure la formation à ces types d'habiletés dans leur curriculum (intervention de crise, intervention familiale de type psycho-éducatif, habiletés de coordination);

b) que des consultants soient disponibles aux intervenants du milieu pour les supporter dans le développement d'habiletés en ce sens.

III- La distribution des services

Il est évident que toute politique en santé mentale doit viser une distribution de services qui soit de la plus haute qualité et juste pour toute la population. L'analyse des conclusions des travaux de recherche permet au Comité de faire certaines recommandations qui, nous l'espérons, peuvent améliorer la distribution des services.

A) Recommandations générales ayant trait à la distribution des services

De façon générale, le Comité recommande:

1. que le réseau de distribution des services de santé fasse en sorte que toute intervention en santé mentale repose sur des connaissances récentes et tienne compte des facteurs d'efficacité identifiés;
2. que la pratique hospitalocentriste soit modifiée et que les centres hospitaliers psychiatriques et les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux ne soient plus considérés comme la pierre angulaire de la distribution des services, mais plutôt comme un élément parmi un ensemble d'agents distributeurs de services;
3. que le réseau de distribution des services devienne plus conscient de l'importance de répondre aux consommateurs selon leurs besoins spécifiques plutôt que de les faire s'ajuster à des

techniques ou à des programmes répondant aux préférences des intervenants.

B) Recommandations spécifiques ayant trait à la distribution des services

1- La prévention

Étant donné :

a) que notre revue des définitions de la prévention montre qu'une interprétation erronée de ce concept peut amener à considérer toute intervention comme étant de la prévention et que cette confusion pourrait nuire au développement de la prévention,

b) que notre recension des modèles théoriques nous indique qu'à cause de la popularité de certains modèles le travail de prévention peut facilement être limité aux stratégies fondées sur le renforcement de la capacité de résistance de l'individu,

c) que les recherches proposent que le travail de prévention nécessite de nouvelles attitudes de la part des intervenants, des institutions et des autres agents concernés,

d) que la recherche évaluative a pu mettre en valeur certains facteurs nécessaires au succès des programmes de prévention,

le Comité recommande :

a) que l'on rende disponibles aux intervenants des définitions précises de ce qu'est et n'est pas la prévention, en prenant soin de clarifier certaines zones grises entre la prévention et le traitement ;

b) qu'une attention constante soit portée afin d'équilibrer les efforts consentis aux programmes axés sur les individus et ceux axés sur les communautés ou environnements ;

c) que l'on retienne les interventions de prévention suivantes :

   c-1) les interventions individuelles et sociales visant à bonifier le réseau de support des individus ;

   c-2) les interventions de crise au niveau de l'individu incluant une approche cathartique et cognitive ainsi qu'un souci de s'arrêter au réseau social et aux supports de l'environnement ;

   c-3) les interventions individuelles et sociales de solutions de problèmes ou plus généralement d'acquisition de stratégies ;

   c-4) les interventions visant des changements dans la pratique de diverses institutions (hôpitaux, lieux de travail, lois, etc.) ;

d) que l'on privilégie les principes suivants:
   d-1) on doit bâtir sur les forces et les ressources des gens et des communautés;
   d-2) les intervenants professionnels en santé mentale doivent modifier leurs attitudes et leurs comportements lorsqu'ils veulent travailler à la prévention;
   d-3) on doit se soucier des forces et des limites des systèmes d'aide professionnelle et profane afin d'offrir des réponses adéquates aux besoins;
   d-4) on doit être prêt à utiliser diverses techniques et stratégies d'intervention,
   en particulier,
   — un contact actif avec la population sur son propre territoire
   — le recours aux média
   — l'identification des moments de plus grande sensibilité au changement chez les gens et chez les communautés
   — un apport plus grand des groupes d'entraide
   — des liens à créer entre professionnels et aidants profanes
   — le développement des groupes de coalition pour la santé mentale formés de citoyens et de professionnels
   — les approches facilitant les apprentissages (recours à des pairs comme modèles, petits groupes de rencontre, rétroaction individuelle et communautaire, etc.);
   d-5) on doit partager la responsabilité de la prévention avec divers agents sociaux non impliqués spécifiquement en santé mentale (syndicats, patronat, écoles, police, etc.);
e) que l'on fasse des changements organisationnels favorisant le développement de programmes de prévention.

2- Le traitement

Étant donné:

a) que certaines techniques psychothérapeutiques sont reconnues plus efficaces que d'autres, selon le problème, selon le milieu, etc.;

b) que des psychothérapies à court terme peuvent convenir dans plusieurs cas;

c) que des intervenants non spécialisés mais entrainés en santé mentale peuvent très souvent être efficaces et à coût moindre;
d) que les psychothérapies à long terme sont efficaces dans les cas majeurs;
e) que la psychothérapie fait l'objet d'un commerce peu scrupuleux de la part d'amateurs auprès d'une clientèle le plus souvent démunie;
f) que la thérapie électroconvulsive constitue un mode de traitement draconien et, semble-t-il, avec une rigueur différente selon les régions du Québec;
g) la surutilisation et l'utilisation souvent unique des médicaments comme traitement chez plusieurs catégories de personnes;
h) la rigueur avec laquelle le lithium doit être consommé;

le Comité recommande:

a) sur les psychothérapies
   a-1) que les techniques psychothérapeutiques les plus reconnues et les plus efficaces, soit sur une base scientifique soit du moins sur une base clinique, soient surtout utilisées dans le traitement des bénéficiaires;
   a-2) que les techniques psychothérapeutiques soient administrées sur une base externe, en autant que possible, et que les traitements de groupe soient favorisés lorsque la situation s'y prête;
   a-3) que les psychothérapies à court terme soient favorisées pour les clientèles qui répondent à ce type de traitement;
   a-4) que les infirmiers et infirmières soient davantage utilisés comme psychothérapeutes; il faudrait également se pencher sur la possibilité d'avoir recours à d'autres ressources humaines dont l'intervention aura été démontrée efficace;
   a-5) que la psychothérapie à long terme soit surtout favorisée pour des patients qui ont des troubles mentaux majeurs afin de faciliter leur ajustement et leur maintien dans la communauté. Ces personnes ont droit à ces traitements plus coûteux au même titre que les gens qui souffrent de diabète, d'arthrite, de maladies coronariennes ou de psoriasis méritent les leurs;
   a-6) que l'Office de la protection du consommateur apporte une attention continue au problème des psychothérapeutes sans qualifications qui exploitent bien souvent la partie de la population la plus démunie;

b) sur la thérapie électroconvulsive

b-1) que la thérapie électroconvulsive demeure un traitement de dernier ressort et qu'elle soit utilisée uniquement pour des pathologies sévères ou lorsque la vie du malade est en danger;

b-2) que d'autres méthodes thérapeutiques moins draconiennes se développent dans l'avenir et amènent une disparition complète de ce mode de traitement;

b-3) qu'un protocole identique soit appliqué à la grandeur de la province en ce qui a trait à l'administration de la thérapie électroconvulsive. Ce procédé interdirait au moins l'utilisation de cette procédure dans des circonstances où « la tradition » autorise un tel recours;

c) sur les médicaments

c-1) que des programmes d'éducation populaire soient développés non seulement pour diminuer la surutilisation des médicaments par un trop grand nombre de personnes mais pour apprendre aux gens à trouver des solutions plus efficaces à long terme que la prise de médicaments;

c-2) que d'autres méthodes thérapeutiques, en plus des médicaments, soient incluses dans le traitement des grands malades mentaux et que des ressources alternatives soient mises sur pied, de même que des équipes de secteur, pour, entre autres, suivre de près les malades psychotiques et au moins éviter ainsi le surdosage et les complications reliées à la prise de neuroleptiques;

c-3) que chaque patient sous lithium reçoive de façon écrite les directives préconisées par le National Institute of Mental Health.

3- La réadaptation et le support dans la communauté

Étant donné que les résultats de recherche indiquent:

a) que le secteur de la recherche sur les alternatives à l'hospitalisation fournit une des rares occasions dans le domaine des politiques où les données sont suffisamment claires pour qu'une action soit prise sans attendre des années de recherche future,

b) que cette littérature nous démontre que la majorité des patients hospitalisés pour troubles mentaux pourraient être traités au moins aussi efficacement, et parfois à moindre coût, ailleurs, à certaines conditions et entre certaines limites,

c) qu'un service spécifique donné isolément a comme résultat une certaine réduction de la symptomatologie et des taux de réhospitalisation, avec une certaine amélioration de la qualité de vie sans toutefois améliorer le fonctionnement instrumental de la personne,

d) que les seuls programmes qui améliorent ces résultats (touchant le fonctionnement instrumental) sont les programmes ayant un modèle psychosocial à plusieurs composantes intégrées, c'est-à-dire les programmes offrant une aide directive intensive dans les secteurs que l'ont veut améliorer:
   — entraînement aux habiletés quotidiennes,
   — entraînement au travail,
   — socialisation,

e) que l'information et le support à la famille et aux proches réduisent de façon importante le fardeau sur la famille et diminuent de façon substantielle le taux de réhospitalisation,

f) que la continuité de services est essentielle (les follow-up après la fin des projets expérimentaux indiquent tous une perte des acquis),

le Comité recommande:

a) qu'une priorité soit accordée aux services aux personnes souffrant d'une incapacité mentale majeure et à long terme et que les structures organisationnelles soient modifiées de façon à leur assurer des programmes spécifiques répondant à leurs besoins de façon *continue*;

b) qu'une priorité soit accordée aux *interventions de crise* et qu'entre autres les *services d'urgence* soient modifiés en conséquence;

c) qu'une priorité soit accordée aux *interventions auprès des familles* et de l'entourage du patient;

d) qu'une priorité soit accordée au développement de *ressources* diversifiées dans la communauté autant pour la fonction hébergement que pour la fonction réadaptation;

e) que la *façon d'allouer les fonds soit révisée* en fonction de ces priorités, et que parmi les critères majeurs d'allocation de fonds dans la communauté il y ait la capacité d'assurer une continuité à long terme et l'implication d'une diversité de ressources interreliées plutôt qu'une ressource isolée qui risque d'avoir un impact minimal;

f) que le mandat des institutions psychiatriques (C.H., C.A., pavillons, etc.) soit revu afin d'en redéfinir la spécificité.

Conclusion

Comme le démontre ce rapport, il existe encore de nombreux problèmes en ce qui a trait aux modes d'intervention en santé mentale. L'analyse des travaux scientifiques sur la prévention, le traitement, la réadaptation et le support dans la communauté, de même que les recommandations qui en découlent visent à faire avancer l'état de la question sur le sujet et surtout à améliorer la qualité des services offerts à la population. Le Comité n'a pas la prétention de posséder ni la vertu ni la vérité. Certaines omissions ont pu se faire, certains idéaux ont pu être suggérés et certaines idéologies ont pu être écartées. Il reste que la bonne foi des membres du Comité ne peut être mise en doute et que sa multidisciplinarité a sûrement empêché des excès dans une tendance ou dans une autre.

Bien qu'astreignant, les membres du Comité trouvent que le travail accompli au cours des deux dernières années leur a procuré une expérience humaine et scientifique extrêmement enrichissante. Ils souhaitent que leur action puisse intéresser autant la population que les professionnels de la santé, amener les politiciens à poser des gestes concrets et faire en sorte que le débat continue et que d'autres améliorations soient apportées par leurs successeurs.

Bibliographie

Relative à l'efficacité des modes préventifs d'intervention en santé mentale chez les adultes

Albee, G.W. (1968). Models, Myths and Manpower. *Mental Hygiene*, *52*, 168-180.

Albee, G.W. (1982a). The Politics of Nature and Nurture. *American Journal of Community Psychology*, *10*, 25-36.

Albee, G.W. (1982b). Preventing Psycho Pathology and Promoting Human Potential. *American Psychologist*, *37*, 1043-1050.

Atkinson, D.R. (1978). Community Influences on Mental Health Program Evaluation. *American Journal of Community Psychology*, *6*, 339-350.

Bader, E., Sinclair, C. (1983). The Critical First Year of Marriage. In David R. Mace (Ed.). *Prevention in Family Services*. Beverly Hills: Sage Publications.

Bacon, S.D. (1978). On the Prevention of Alcohol Problems and Alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, *39*, 1125-1147.

Bagley, C. (1968). The Evaluation of a Suicide Prevention Schema by an Ecological Method. *Social Science and Medecine*, *2*, 1-14.

Bloom, B.L. (1968). The Evaluation of Primary Prevention Programs. In L.M. Roberts, N.S. Greenfield et M.H. Miller (Eds), *Comprehensive Mental Health. The Challenge of Evaluation*. Madison, University of Wisconsin.

Bloom, B.L. (1971). A University Freshman Preventive Intervention Program: Report of a Pilot Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *37*, 235-242.

Bloom, B.L., Asher, S., White, S. (1978). Marital Disruption as a Stressor: A Review of Analysis. *Psychological Bulletin*, *85*, 867-894.

Bloom, B.L. (1979). Prevention of Mental Disorders: Recent Advances in Theory and Pratice. *Community Mental Health Journal*, *15*, 179-191.

Bloom, B.L., Hodges, W.F., Caldwell, R.A. (1982). A Preventive Program for the Newly Separated: Initial Evaluation. *American Journal of Community Psychology*, *10*, 251-264.

Bolman, W.M., Westman, J.C. (1967). Prevention of Mental Disorder: An Overview of Current Programs. *American Journal of Psychiatry*, *123*, 1058-1068.

Bolman, W.M., Halleck, S.L., Rice, D.G., Ryan, M.L. (1969). An Unitended Side Effect in a Community Psychiatric Program. *Archives of General Psychiatry*, *20*, 508-513.

Bouchard, C. (1981). Perspectives écologiques de la relation parent(s)-enfant: des compétences parentales aux compétences environnementales. *Apprentissage et socialisation*, *4*, 4-23.

Bouchard, C. (1983). Non à la prévention. Dans: J. Arseneau, C. Bouchard, M. Bourgon, *et al.*, *Psychothérapies: attention*! Sillery: Québec-Science Éditeur.

Bouchard, C., Perreault, R. (1983). Fermeture d'usine et santé: analyses de séries chronologiques chez les femmes de 30 à 39 ans de la région Sept-Îles/Port-Cartier. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, supplément, no 1, 101-106.

Brenner, M.H. (1973). *Mental Illness and the Economy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Broussard, E.R. (1976). Evaluation of Televised Anticipatory guidance to primiparae. *Community Mental Health Journal*, *12*, 203-210.

Brown, V.B. (1980). The Community in Crisis. In G.F. Jacobson (Ed.), *Crisis Intervention in the 1980s*. Coll. New Directions for Mental Health Services, volume 6, San Francisco: Jossey Bass.

Cain, G.G., Hollister, R.G. (1972). The Methodology of Evaluating Social Action Programs. In P.H. Rossi et W. Williams (Eds), *Evaluating Social Programs. Theory, Practice and Politics*. New York, Seminar Press.

Campbell, D.T., Stanley, J.C. (1963). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally College Publishing.

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.

Caplan, G., Grunebaum, H. (1967). Perspectives on Primary Prevention: A Review. *Archives of General Psychiatry*, *17*, 331-346.

Catalano, R. (1979). *Health, Behavior and the Community*. New York: Pergamon Press.

Catalano, R., Dooley, D. (1980). Economic Change in Primary Prevention. In R.H. Price, R.F. Ketterer, B.C. Bader, J. Monahan (Eds), *Prevention in Mental Health*. Beverly Hills: Sage Publications.

Clum, G.A., Patsiokas, A.T., Luscomb, R.L. (1979). Empirically Based Comprehensive Treatment Program for Parasuicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 937-945.

Cook, T.D., Campbell, D.T. (1979). *Quasi-Experimentation. Design and Analysis Issues for Field Settings*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.

Cowen, E.L. (1980). The Wooing of Primary Prevention. *American Journal of Community Psychology, 8*, 258-284.

Cowen, E.L. (1982). Primary Prevention Research: Barriers, Needs and Opportunities. *Journal of Primary Prevention, 2*, 131-137.

Cowen, E.L. (1983). Primary Prevention in Mental Health: Past, Present, and Future. In R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. Moritsugu, S.S. Farber (Eds), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York: Pergamon Press.

Cromer, W.J., Burns, B.J. (1982). A Health Center Response to Community Crisis: Some Principles of Prevention and Intervention. *Journal of Primary Prevention, 3*, 1, 35-47.

Cronbach, L.J. *et al.* (1981). *Toward Reform of Program Evaluation*. San Francisco: Jossey Bass.

Currie, J. (1983). *Skills, Sharing and Support. An Evaluation of the Women's Self-Help Network*. Northern Vancouver Island, 1983. North Island Women's Services Society Box 3292, Courtenay British Columbia, V9N 5N4

Daher, D.M., Corazzini, J.D., McKinnon, R.D. (1977). An Environmental Residential Redesign Program for Residence Halls. *Journal of College Student Personnal, 18*, 11-15.

De Wild, D.W. (1981). Toward a Clarification of Primary Prevention. *Community Mental Health Journal, 16*, 306-317.

Dubos, R. (1955). Second Thoughts on the Germ Theory. *Scientific American, 192*, 31-35.

Eastwood, M.R., Brill, L., Brown, J.H. (1976). Suicide and Prevention Centres. *Canadian Psychiatric Association Journal, 21*, 571-575.

Eisenberg, L. (1981). A Research Framework for Evaluating the Promotion of Mental Health and Prevention of Mental Illness. *Public Health Reports, 96*, 1-19.

Felner, R.D., Farber, S.S., Primavera, J. (1983). Transitions and Stressful Life Events: A Model for Primary Prevention. In R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. Noritsugu, S.S. Farber (Eds), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York: Pergamon Press.

Garbarino, J. *et al.* (1982). Children and families in the social environment. New York: Aldine.

Giblin, P. (1982). Meta-Analysis of Premarital, Marital, and Family Enrichment Research. Ph.D. Dissertation, Purdue University.

Glasscote, R.M. *et al.* (1980). *Preventing Mental Illness. Efforts and Attitudes*. American Psychiatric Association.

Goldston, S.E. (1977). Primary Prevention: A View from the Federal Level. In G.W. Albee, J.M. Joffe (Eds), *Primary Prevention of Psychopathology, vol. 1: The Issues*. Hanover, N.H.: University Press of New England.

Gray, J.D., Cutler, C.A., Dean, J.G., Kempe, C.H. (1977). Prediction and Prevention of Child Abuse and Neglect. *Child Abuse and Neglect, 1*, 45-58.

Guldner, C. (1971). The Post-Marital: An Alternative to Pre-Marital Counseling. *The Family Coordinator, 20*, 115-119.

Gullota, T.P. (1982). Easing the Distress of Grief: A Selected Review of the Literature with Implications for Prevention Programs. *Journal of Primary Prevention, 3*, 6-17.

Heller, K. (1984). Prevention and Health Promotion. In K. Heller, R.H. Price, S. Reinharz, S. Riger, A. Wandersman (Eds), *Psychology and Community Change*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.

Heller, K., Monahan, J. (1977). *Psychology and Community Change*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.

Heller, K., Swindle, R.W. (1983). Social Networks, Perceived Social Support, and Coping with Stress. In R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. MoritSugu, S.S. Farber (Eds), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York: Pergamon Press.

Hodgson, S., (1984). *Toward Supportive Communities: An Evaluation of the Child/Parent Centre of the Jane/Finch Community and Family Centre*. Toronto: Centre for Urban and Community Studies, University of Toronto.

Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, II*, 213-218.

Horowitz, L.M. (en préparation). *The Toll of Loneliness: Manifestations, Mechanisms, and Means of Prevention.*

Insel, P.M., Moos, R.H. (1974). Psychological Environments, Expanding the Scope of Human Ecology. *American Psychologist*, *29*, 179-188.

Jaffe, P.G., Thompson, J.K., Paquin, M.J. (1978). Immediate Family Crisis Intervention as Preventative Mental Health: The Family Consultant Service. *Professional Psychology*, 551-560.

Kagey, J.R., Vivace, J., Lutz, W. (1981). Mental Health Primary Prevention: The Role of Parent Mutual Support Groups. *American Journal of Public Health*, *71*, 166-167.

Kelly, J.C. (1968). Toward and Ecological Conception of Preventive Interventions. In J.W. Carter Jr. (Ed.), *Research Contributions from Psychology to Community Mental Health*. New York: Behavioral Publications Inc.

Kelly, L.D. (1982). Between the Dream and the Reality: A Look at Programs Nominated for the Lela Rowland Prevention Award of the National Mental Health Association. *Journal of Primary Prevention*, *2*, 217-229.

Kessler, M., Albee, G.W. (1975). Primary Prevention. *Annual Review of Psychology*, *26*, 557-591.

Kieffer, C.H. (1983-84). Citizen Empowerment: A Developmental Perspective. *Prevention in Human services*, *3*, 9-36.

Klein, D.C., Goldston, S.E. (1977). *Primary Prevention: An Idea Whose Time Has Come*. Washington, D.C. U.S. Government Printing Office, DHEW Pub. no. (ADM), 77 447.

Klibanoff, S., Hersey, J.C., Probst, J.C. (1983). *Executive Summary an Independent Evaluation of "Friends can be Good Medecine"*. California Department of Mental Health.

Lavoie, F. (1981). Modes d'évaluation des groupes d'entraide. *Revue québécoise de psychologie*, *2*, 104-117.

Lavoie, F. (1982). Le veuvage: Problèmes et facteurs d'adaptation. *Santé mentale au Québec*, *7*, 127-135.

Levine, A., G. (1982). *Love Canal: Science, Politics and People*. Lexington, Massachusetts: D.C. Heath and Company.

Lindsay, J. (1978). La formation en prévention en santé mentale infantile et juvénile: implications pour le praticien. Dans L. Houde, J. Lindsay, S. Richer, P.-M. Gélinas, L. Gilbert, *Prévention en santé mentale*. Collection Études et Dossiers. Québec: Éditeur officiel du Québec.

Little, A.D., Hagedorn, H.J. *et al.* (1976). *A Working Manual of Simple Program Evaluation Techniques for Community Mental Health Centers*. Rockville, Md: Mental Health Services Development Branch, Division of Mental Health Service Programs, National Institute of Mental Health, Washington.

Lloyd-Kolkin, D., Hunter, L. (1982). *Friends can be Good Medecine, Final Report*. California Department of Mental Health.

McCourt, W.F., Barnett, R.D., Brennen, J., Becker, A. (1976). We Help Each Other: Primary Prevention for the Widowed. *American Journal of Psychiatry, 133*, 98-100.

McGuire, J.C., Gottlieb, B.H. (1979). Social Support Groups Among New Parents: An Experimental Study in Primary Prevention. *Journal of Clinical Child Psychology, 9*, 111-116.

Moos, R.H., Lemke, S. (1979). *Multiphasic Environmental Assessment Procedure* (MEAP), Preliminary Manual. Palo Alto, Calif.: Social Ecology Laboratory.

Morrissette, P. (1980). *Une évaluation de programme. Le Centre de Prévention du suicide de Québec*. Essai de maîtrise, École de psychologie, Université Laval, document inédit.

Munoz, R.F., Glish, M., Soo-Hoo, T., Robertson, J. (1982). The San Francisco Mood Survey Project: Preliminary Work Toward the Prevention of Depression. *American Journal of Community Psychology, 10*, 317-329.

Naparstek, A.J., Biegel, D.E., Spiro, H.R. (1982). *Neighborhood Networks for Human Mental Health Care*. New York: Plenum Press.

O'Connor, S., Vietze, P., Sherrod, K., Sandler, H.M., Gerrity, S., Alteheier, W.A. (1982). Mother-Infant Interaction and Child Development After rooming-in: Comparison of High-Risk and Low-Risk Mothers. *Prevention in Human Services, 1*, 25-43.

Olson, D.H. (1983). How Effective is Marriage Preparation? In D.R. Mace (Ed.), *Prevention in Family Services*. Beverly Hills: Sage Publications.

O'Sullivan, M.J., Waugh, N., Espeland, W. (1983). The Fort McDowell Yavapai: From Pawns to Powerbrokers. *Prevention in Human Services, 3*, 73-97.

Perlman, D., Peplau, L.A. (1982). Loneliness Research: Implications for Interventions. Communication présentée au symposium de « Preventive Interventions to Reduce the Harmful Consequences of Loneliness », Santa Barbara.

Pilisuk, M., Hiller Parks, S., Kelly, J., Turner, E. (1982). The Helping Network Approach: Community Promotion of Mental Health. *Journal of Primary Prevention*, *3*, 116-132.

Polak, P.R., Egan, D., Vandenbergh (1975). Prevention in Mental Health: A Controlled Study. *American Journal of Psychiatry*, *132*, 146-148.

Price, R.H., Ketterer, R.F., Bader, B.C., Monahan, J. (1980). *Prevention in Mental Health, vol. 1*. Beverly Hills: Sage Publications.

Raphael, B. (1977). Preventive Intervention with the Recently Bereaved. *Archives of General Psychiatry*, *34*, 1450-1454.

Renaud, G. (1983). À propos de la prévention comme « programmation offensive ». *Revue internationale d'action communautaire*, *10-50*, 154-157.

Roberge, D. (1982). *Évaluation du Centre de prévention du suicide de Québec*. Gouvernement du Québec. Ministère des Affaires sociales. Direction Évaluation de programmes.

Robertson, D. (1982). *A Review of Factors Influencing Mass Media Health Communications and a Model for Program Development*. CHES Technical Publication, #1, P.O. Box 2305, Postal Station D, Ottawa, Ont., K1P 5K0.

Roskin, M. (1982). Coping with Life Changes — A Preventive Social Work Approach. *American Journal of Community Psychology*, *10*, 331-340.

Saunders, S. (1979). Primary Prevention from a Neighborhood Base: A Working Mode. *American Journal of Orthopsychiatry*, *49*, 69-80.

Sawin, M.M. (1983). Whole Family Enrichment. In D.R. Mace (Ed.), *Prevention in Family Services*. Beverly Hills: Sage Publications.

Schanie, C.F., Sundel, M. (1978). A Community Mental Health Innovation in Mass Media Prevention Education: The Alternatives Project. *American Journal of Community Psychology*, *6*, 573-581.

Schwartz, S., Bodanske, E.A. (1981). Environmental Strategies for Primary Drug Abuse Prevention Programs. *Journal of Prevention*, *1*, 188-198.

Seidman, E., Rapkin, B. (1983). Economics and Psychosocial Dysfonction: Toward a Conceptual Framework and Prevention Strategies. In R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. MoritSugu, S.S. Farber (Eds), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York: Pergamon Press.

Sherman, L.V. (1982). Effects of Participation in a Self-Help Group for Bereaved Parents: Compassionate Friends. *Prevention in Human Services*, *1*, 69-77.

Siegel, E., Bauman, K.E., Schaefer, E.S., Saunders, M.M., Ingram, D.D. (1980). Hospital and Home Support During Infancy: Impact on Maternal Attachment, Child Abuse and Neglect, and Health Care Utilisation. *Pediatrics*, *66*, 183-190.

Soulé, M., Noël, J. (1984). *La prévention médico-psychosociale précoce*. Document de travail P. Paris: Copes.

Spoon, D., Southwick, J. (1972). Promoting Mental Health Through Family Life Education. *Family Coordinator*, *21*, 279-286.

Spring, B., Zubin, J. (1977). Vulnerability to Schizophrenic Episodes and Their Prevention in Adults. In G.W. Albee, J.M. Joffe (Eds), *Primary Prevention of Psychopathology, vol. 1: The Issues*. Hanover, N.H.: University Press of New England.

Stoppard, J.M., Thompson, E. (1982) *Evaluation of a Self-Help Program for Depression Management: Final Report*.

Sugarman, B. (1977-78). Drug Abuse Prevention: A Human Development Model for Defining the Problem and Devising Solutions. *Drug Forum*, *6*, 387-397.

Tableman, B., Marciniak, D., Johnson, D., Rodgers, R. (1982). Stress Management Training for Women on Public Assistance. *American Journal of Community Psychology*, *10*, 357-367.

Vachon, M.L.S., Lyall, W.A.L., Rogers, J., Freedman, K., Freeman, S.J.J. (1980). A Controlled Study of Self-Help Intervention for Widows. *American Journal of Psychiatry*, *137*, 1380-1384.

Vincent, T.A., Trickett, E.J. (1983). Preventive Intervention and the Human Context: Ecological Approaches to Environmental Assessment and Change. In R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. MoritSugu, S.S. Farber (Eds), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York: Pergamon Press.

Wackman, D. (1983). Promoting Effective Communication in Families. In D.R. Mace (Ed.), *Prevention in Family Services*. Beverly Hills: Sage Publications.

Wagenfeld, M.O. (1972). The Primary Prevention of Mental Illness: A Sociological Perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, *13*, 195-202.

Wallack, L.M. (1981). Mass Media Campaigns: The Odds Against Finding Behavior Change. *Health Education Quarterly*, *8*, 209-260.

Wandersman, L.P. (1982). An Analysis of the Effectiveness of Parent-Infant Support Groups. *Journal of Primary Prevention*, *3*, 99-115.

Wandersman, A., Andrews, A., Riddle, D., Fancett, C. (1983). Environmental Psychology and Prevention. In R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. MoritSugu, S.S. Farber (Eds), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York: Pergamon Press.

Weiss, C.H. (1972). *Evaluation Research, Methods of Assessing Program Effectiveness*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.

Wertlieb, D. (1979). A Preventive Health Paradigm for Health Care Psychologists. *Professional Psychology*, 548-557.

WhiteHead, P.C. (1979). Public Policy and Alcohol Related Damager Media Campaigns or Social Controls. *Addictive Behaviors*, *4*, 83-89.

Williams, W.V., Lee, J., Polak, P.R. (1976). Crisis Intervention: Effects of Crisis Intervention on Family Survivors of Sudden Death Situations. *Community Mental Health Journal*, *12*, 128-136.

Williams, W.V., Polak, P.R. (1979). Follow-up Research in Primary Prevention: A Model of Adjustment in Acute Grief. *Journal of Clinical Psychology*, *35*, 35-45.

Wilson, F.R., Yager, G.G. (1981). A Process Model for Prevention Program Research. *The Personnel and Guidance Journal*, 590-595.

Bibliographie

Relative à l'efficacité des psychothérapies, de la thérapie électroconvulsive et des médicaments

Abramowitz, S.I., Abramowitz, C.V. Psychological Mindedness and Benefit from Insight-Oriented Group Therapy. *Archives of General Psychiatry, 30*, 610-615, 1974.

Alexander, F., French, T.M. *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York, Ronald Press, 1946.

American Psychiatric Association. *Electro-Convulsive Therapy. Task Force Report No 14*, septembre 1978.

American Psychiatric Association Commission on Psychotherapies. *Psychotherapy Research: Methodological and Efficacy Issues*. Washington, American Psychiatric Association, 1982.

Anderson, C.M. Family Intervention with Severely Disturbed Inpatients. *Archives of General Psychiatry, 34*, 697-702, 1977.

Anderson, C.M., Hogarty, G.E., Reiss, D.J. Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-Educational Approach. Comptes rendus du Symposium international « Le schizophrène et sa famille », Montréal, Fondation pour la recherche sur les maladies mentales, septembre 1983.

Andrews, G. Psychotherapy Outcome: A Wider View Leads to Different Conclusions. *The Behavioral and Brain Sciences, 6*, 285-286, 1983.

Angst, J., Varga, E., Sheperd, M. Preliminary Report of a Retrospective Study of the Treatments of Depression. *Excerpta Medical International Congress*, Series No 129. Proceedings of the Vth International Congress of the Collegium International Neuropsychopharmacologium. Washington, mars 1966.

Arbes, B.H., Hubbell, R.N. Packaged Impact: A Structured Communication Skills Workshop. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 20*, 32-37, 1973.

Arseneau, J., Bouchard, C., Bourgon, M., Goupil, G., Guay, J., Lavoie, F., Perreault, R. *Psychothérapies: attention!* Québec, Presse de l'Université du Québec, 1983.

Avard, J. Methodes aversives. IN: R. Ladouceur, M.-A. Bouchard, L. Granger. *Principes et applications des thérapies behaviorales*. Montréal, Edisem et Paris, Maloine, 1980.

Ayllon, T., Azrin, N.H. Reinforcer Sampling: A Technique for Increasing the Behavior of Mental Patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *1*, 13-20, 1968.

Babigian, H.M. Schizophrenia: Epidemiology. IN: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2e édition, A.M. Freedman, H.I. Kaplan et B.J. Sadock (Eds). Baltimore, Williams & Wilkins, 1975.

Baker, A., Bird, G., Lavin, N. ECT in Schizophrenia. *Journal of Mental Science*, *106*, 1506-1511, 1960.

Baker, A., Game, J., Thorpe, J. Physical Treatment for Schizophrenia. *Journal of Mental Science*, *104*, 860-864, 1958.

Bales, J. HCFA Supports Therapy for Psychosomatic Clients. *Monitor, Journal of the American Psychological Association*, 4 décembre 1983.

Bandura, A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1977.

Bandura, A. On Paradigms and Recycled Ideologies. *Cognitive Therapy Research*, *2*, 79-104, 1978.

Bare, C.E., Mitchell, R.R. Experimental Evaluation of Sensitivity Training. *Journal of Applied Behavior Sciences*, *8*, 263-276, 1972.

Barlow, D.H., Wolfe, B.E. Behavioral Approaches to Anxiety Disorders: A Report on the NIMH — SUNY, Albany Research Conference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*, 448-454, 1981.

Baum, M. Rapid Extinction of an Avoidance Response Following a Period of Response Prevention in the Avoidance Apparatus. *Psychological Reports*, *18*, 59-64, 1966.

Beck, A. Thinking and Depression. *Archives of General Psychiatry*, *9*, 324-333, 1963.

Beck, A.T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, International Universities Press, 1976.

Beck, A., Ruch, A., Shaw, B., Emery, G. *Cognitive Therapy for Depression: A Treatment Manual*. University of Pensylvania, 1978.

Becker, J., Schunckit, M. The Comparative Efficacy of Cognitive Therapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Depressions. *Cognitive Therapy Research*, *2*, 193-198, 1978.

Bellantwond, C., Reggi, V., Tognoni, G., Garantinni, S. Benzodiazepines: Clinical Pharmacology and Therapeutic Use. *Drugs*, *19(3)*, 195-219, 1980.

Bergin, A.E., Suinn, R.M. Individual Psychotherapy and Behavior Therapy. *Annual Review of Psychology*, *26*, 509-555, 1975.

Bergin, A.E. Individual Psychotherapy. IN: M. Rosenweight et L. Porter (Eds). *Palo Alto, Annual Review of Psychology, 1975*.

Bergin, A.E., Lambert, M.J. The Evaluation of Therapeutic Outcomes. IN: S.L. Garfield et A.E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, John Wiley and Sons, pp. 139-189, 1978.

Berne, E. *Games People Play*. New York, Grove Press, 1964.

Berne, E. *Analyse transactionnelle et psychothérapies*. Paris, Payot, 1977.

Bernstein, D.A., Pul, G.L. Some Comments on Therapy Analogue Research with Small Animal Phobias. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, *2*, 225-237, 1971.

Bierebaum, H., Nichols, M.P., Schwartz, A.J. Effects of Varying Session Length and Frequency in Brief Emotive Psychoterapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *44*, 790-798, 1976.

Bini, L. Experimental Researches on Epileptic Attacks Induced by the Electric Current. *American Journal of Psychiatry*, May Supplement, 172-174, 1938.

Boersma, K., DenHengst, S., Dekker, J., Emmelkamp, P.M. Exposure and Response Prevention in the Natural Environment: A Comparison with Obsessive-Compulsive Patients. *Behavior Research & Therapy*, *14*, 19-24, 1976.

Borkovec, T.D., O'Brien, G.T. Methodological and Target Behavior Issues in Analogue Therapy Research. IN: M. Hersen, R.M. Eisler et P.M. Miller (Eds). *Progress in Behavior Modification*, Vol. 3, New York, Academic Press, 1976.

Borkovec, T.D., Rachman, S. The Utility of Analogue Research. *Behavior Research & Therapy*, *17*, 253-262, 1979.

Booth, B.E., Rosenfield, A.H., Walker, E.L. *Toward a Science of Psychiatry*. Monterey, Brooks-Cole, 1974.

Brandsma, J., Maultsby, M., Welsh, R. *Self-Help Techniques in the Treatment of Alcoholism*. University of Kentucky, 1978.

Bratfos, O.E., Hang, J. Electroconvulsive Therapy and Antidepressant Drugs in Manic-Depressive Disease, Treatment Results at 3 Months Later. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *41*, 588-596, 1965.

Breggin, P. *Electroshock: Its Brain Disabling Effects*. New York, Springer Publishing, 1979.

Brengelmann, J. *The Effect of Repeated Electroshock on Learning in Depression*. Berlin, Springer-Verlag, 1959.

Brigham, T., Catania, A. *Handbook of Applied Behavior Research: Social and Instructional Processes*. New York, Halstead Press, 1979.

Budzinski, T., Stoyva, J., Adler A. Feedback Induced Muscle Relaxation: Application to Tension Headache. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *1*, 205-211, 1970.

Bush, A., Beck, A., Kovacks, M., Hollon, S. Depression: Must Pharmaco-Therapy Fail for Cognitive Therapy to Succeed? *Cognitive Therapy Research*, *2*, 199-206, 1978.

Butcher, J.N., Koss, M.P. Research on Brief and Crisis Oriented Therapies. IN: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2nd edition), Garfield, S.L. et Bergin, A. (Eds). New York, Wiley and Sons, 1978.

Butcher, J.N., Mandal, G.R. Crisis Intervention. IN: I.B. Weiner (Ed). *Clinical Methods in Psychology*. New York, John Wiley, 1976.

Canadian Psychiatric Association: *The Role of Psychotherapies in the Practice of Psychiatry*. Scientific Council, Canadian Psychiatric Association, Ottawa, mars 1984.

Carmody, T. Rational-Emotive, Self-Instructional and Behavior Assertive Training: Facilitating Maintenance. *Cognitive Therapy Research*, *2*, 241-254, 1978.

Carroll, R.S., Miller, A., Ross, B., Simpson G.M. Research as an Impetus to Improved Treatment. *Archives of General Psychiatry*, *37*, 377-380, 1980.

Cartwright, R. A Comparison of the Response to Psychoanalytic and Client-Centered Psychotherapy. IN: L.A. Gottschalk et A.H. Auerback (Eds). *Methods of Research in Psychotherapy*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1966.

Childers, R. Comparison of Four Regimens in Newly Admitted Female Schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, *120*, 1010-1011, 1964.

Chouinard, G. Guide pratique pour l'emploi des agents psychopharmacologiques: antipsychotiques et antiparkinsonniens. *Union médicale du Canada*, *105*, 1387-1391, 1976.

Chouinard, G. Guide pratique pour l'emploi des agents psychopharmacologiques. III. Antidépresseurs. *Union médicale du Canada*, *106*, 821-828, 1977.

Chouinard, G. La thérapie électroconvulsive dans le traitement de la dépression. *Union médicale du Canada*, *106*, 817-820, 1977.

Cole, J., Davis, J.M. Antipsychotic Drugs. IN: *The Schizophrenic Syndrome*, L. Bellack et L. Loebs (Eds). New York, Grune & Stratton, 1969.

Cole, J., Davis, J. Antidepressant Drugs. IN: A.M. Freedman, H.K. Kaplan et B.J. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1975.

Collingwood, T., Hefele, T., Muehlberg, N., Drasgon, J. Toward Identification of the Therapeutic Facilitative Factor. *Journal of Clinical Psychology*, *26*, 119-129, 1970.

Comité de la santé mentale du Québec. *Psychochirurgie et sismothérapie*. Septembre 1976.

Comité de la santé mentale du Québec. *Sismothérapie*. Octobre 1976.

Congress of the United States. *The Implications of Cost-Effectiveness Analysis of Medical Technology*. Office of Technology Assessment, Washington, U.S. Government Printing Office, 1980.

Conseil de la recherche en santé du Québec. *Rapport annuel 1979-1980*. Ministère des Affaires sociales, gouvernement du Québec, 1980.

Conseil des affaires sociales et de la famille. *Médicaments ou potions magiques*. Ministère des Affaires sociales, gouvernement du Québec, 1982.

Conseil des recherches médicales du Canada. *L'état actuel et l'avenir de la recherche médicale au Canada*. Conseil des recherches médicales du Canada, Rapport No 2, Ottawa, gouvernement du Canada, pp. 377-387, 1968.

Conseil des recherches médicales du Canada. *Rapport du président, 1979-1980*, Ottawa, 1980.

Cooper, C.L. Coping with Life Stress After Sensitization Training. *Psychological Reports*, *31*, 602, 1972

Corbeil, J., Poupard, D. La Gestalt. Vers une nouvelle pratique. *Santé mentale au Québec, 3(1)*, 61-84, 1978.

Corporation des psychologues du Québec. *Réflexions sur l'efficacité des modes d'intervention en santé mentale*. Avis au Comité de la santé mentale du Québec, 13 pages, mars 1984.

Corsini, R., Rosenberg, B. Mechanisms of Group Psychotherapy: Process and Dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 51*, 406-444, 1955.

Covi, L., Lipman, R.S., Derogatis, L.R., Smith, J.E., Pattison, J.H. Drugs and Group Psychotherapy in Neurotic Depression. *American Journal of Psychiatry, 131*, 191-198, 1974.

Covi, L., Lipman, R., Pattison, J., Derogatis, L., Uhlenluth, E. Length of Treatment with Anxiolytic Sedatives and Responses to Their Sudden Withdrawal. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 49*, 51-64, 1973.

Cummings, N.A., Follette, W.T. Brief Psychotherapy and Medical Utilization: An Eight Year Follow-Up. IN: H. Dorken and Associates (Eds). *The Professional Psychologist Today: New Developments in Law, Health Insurance and Health Practice*. San Francisco, Jossey Bass, 1976.

Daneman, E.A. Imipramine in Office Management of Depressive Reactions: A Double-Blind Study. *Diseases of the Nervous System, 22*, 214-217, 1961.

Davenport, J.M., Ebert, M.H., Adlant, M.L., Goodwin, F.K. *Lithium Prophylaxis: The Married Couples Group*. Unpublished manuscript, 1975.

Davison, G.C., Wilson, G.T. Processes of Fear Reduction in Systematic Desensitization: Cognitive and Social Reinforcement Factors in Humans. *Behavior Therapy, 4*, 1-21, 1973.

Davis, J.M. Maintenance Therapy in Psychiatry: Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 132*, 1237-1245, 1975.

Davis, J.M., Schaffer, C.B., Killian, G.A., Kinard, C., Chan, C. *Important Issues in the Drug Treatment of Schizophrenia. Schizophrenia 1980*, U.S. Government Printing Office, 1980.

DeCarolis, V., Giberti, F. Roccatagliati: Imipramine and Electroshock in the Treatment of Depression. A Clinical Statistical Analysis of 437 Cases. *Disease of the Nervous System, 16*, 29-42, 1964.

Delay, J., Deniker, P. *Le traitement des psychoses par une méthode neurolytique dérivée de l'hibernothérapie*. Congrès des médecins alinénistes et neurologistes de France, Luxembourg, 1952.

D'Elia, G., Lorentzson, S., Roatma, H., Widepalm, K. Comparison of Unilateral Dominant and Non Dominant ECT on Verbal and Non Verbal Memory. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *53*, 85-94, 1976.

De Léon, P.H., Vandenbos, G.R., Cummings, N.A. Psychotherapy: is it Safe, Effective and Appropriate. *American Psychologist*, août 1983, 907-911.

De Montigny, C. From Animal Experiments to Clinical Trials: Aspects of Transposition in Psychopharmacology. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *6*, 585-593, 1982.

Dies, R.R., Sadowsky, R. A Brief Encounter Group Experience and Social Relationships in a Dormitory. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *21*, 112-115, 1974.

DiLoreto, A.O. Comparative Psychotherapy: An Experimental Analysis. Chicago, Aldine-Atherton, 1971.

Dornbush, R. Memory and Induced ECT Convulsions. *Seminars in Psychiatry*, *4*, 47-54, 1972.

Dornbush, R., Williams, M. Memory and ECT. IN: *Psychobiology and Convulsive Therapy*. M. Fink, S. Kety, J. McGaugh (Eds). Washington, Winston & Sons, pp. 199-207, 1974.

Dusay, J.M. Eric Berne. IN: A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1980.

Durkin, H. *The Group in Depth*. New York, International University Press, 1966.

Edwin, L.S., Stuart, F. The Newer Therapies: A Source Book. New York, Van Nostrand Reinhold, 1982.

Ellis, A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, L. Stuart, 1962.

Ellis, A., Grieger, R. *Handbook of Rational Psychotherapy*. New York, Springer, 1977.

Emmelkamp, P.M., Vitee, K. A Comparison of Successive Approximation and Self-Observation in the Treatment of Agoraphobia. *Behavior Therapy*, *5*, 606-613, 1975.

Emmelkamp, P.M., Kraanen, J. Therapist-Controlled Exposure In Vivo Vs Self-Controlled Exposure In Vivo: A comparison with Obsessive-Compulsive Patients. *Behavior Research & Therapy*, *15*, 491-495, 1977.

Epstein, N.B., Vlok, L.A. Research on the Results of Psychotherapy: A Summary of Evidence. *American Journal of Psychiatry*, *138*, 1027-1034, 1981.

Evans, M.B. Biofeedback Training: Some Clinical Considerations. *Behavior Therapy*, *8*, 101-103, 1977.

Eysenck, H. The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, *16*, 319-324, 1952.

Eysenck, H. The Effects of Psychotherapy. IN: H. Eysenck (Eds). *Handbook of Abnormal Psychology*, New York, Basic Books, 1961.

Falloon, I.R.H., Liberman, R.P., Simpson, G.M., Talbot, R.E. *Family Therapy with Relapsing Schizophrenics: A Research Proposal*. Manuscrit non publié, 1978.

Feinsinger, D.B., Gunderson, J.G. Psychotherapy for Schizophrenics — Is It Indicated? A Review of the Relevant Literature. *Schizophrenia Bulletin*, automne 1972.

Feldman, F. Results of Psychoanalysis in Clinic Case Assigments. *Journal of American Psychoanalytic Association*, *16*, 274-300, 1968.

Felton, G.S., Biggs, B.E. Teaching Internalization Behavior to Collegiate Low Achievers in Group Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *9*, 281-283, 1972.

Felton, G.S., Davidson, H.R. Group Counceling Can Work in the Classroom. *Academic Therapy*, *8*, 461-468, 1973.

Fieve, R. Lithium (Antimanic) Therapy. IN: A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1975.

Fieve, R., Platman, S., Plutchik, R. The Use of Lithium in Affective Disorders: Acute Endogenous Depression. *American Journal of Psychiatry*, *125*, 487, 1968.

Fink, M. *Convulsive Therapy: Theory and Practice*. New York, Raven Press, 1979.

Fink, M. Induced Seizures and Human Behavior. IN: *Psychobiology of Convulsive Therapy*. M. Fink, S. Kety, J. McGaugh (Eds). Washington, Winston & Sons, pp. 1-18, 1974.

Fiske, D.W. et al. Planning of Research on Effectiveness of Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 22, 22-32, 1970.

Fondation pour la recherche sur les maladies mentales. *Les médicaments contre la dépression*, 1982.

Fondation pour la recherche sur les maladies mentales. *Les médicaments contre l'anxiété*, 1982.

Fondation pour la recherche sur les maladies mentales. *Les médicaments contre les maladies mentales graves*, 1982.

Frank, J.D. The Present Status of Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 310, 1979.

Frank, J.D. The Dynamics of the Psychotherapeutic Relationship. *Psychiatry*, *22*, 17-39, 1959.

Frank, J.D. Therapeutic Components of Psychotherapy: A 25-Year Progress Report of Research. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *159*, 325-342, 1974.

Frank, J.D., Gliedman, L.H., Imer, S.D., Stone, A.R., Nash, E.H. Patients' Expectacies and Relearning as Factors Determining Improvement in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *15*, 961-968, 1959

Franks, C., Wilson, G.T. *Annual Review of Behavior Therapy: Theory and Practice*. Vol. IV, New York, Brunner-Mazel, 1978.

Franks, C.M., Wilson, G.T. *Annual Review of Behavior Therapy: Theory and Practice*. New York, Brunner-Mazel, 1979.

Freidman, A.S. Interaction of Drug Therapy with Marital Therapy in Depressive Patients. *Archives of General Psychiatry*, *32*, 619-637, 1975.

Fromme, D.K., Whisemant, W.F., Susky, H.H. Group Modification of Affective Verbalizations. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *42*, 86-871, 1974.

Funck-Brentano. *Le paradoxe du médecin*. Paris, Gallimard, 1976.

Gainer, J. Comportements obsessifs. IN: R. Ladouceur, M.-A. Bouchard, L. Granger. *Principes et applications des thérapies behaviorales*. Montréal, Edisem, 1977.

Gardon, G., Di Mascio, A., Salzman, C., Shader, R. Differential Actions of Chlordiazepoxide and Oxazepam in Hostility. *Archives of General Psychiatry*, *18*, 757, 1968.

Garfield, S.L. Does Psychotherapy Work? Yes, No, Maybe. *The Behavioral and Brain Sciences*, *6*, 292-293, 1983.

Gelder, M.G., Marks, I.M., Wolff, H.H. Desensitization and Psychotherapy in the Treatment of Phobic States. A Controlled Inquiry. *British Journal of Psychiatry*, *113*, 53-73, 1967.

Gelder, M.G., Bancroft, J.H., Gath, D., Johnston, D.W., Mathews, A.M., Shaw, P.M. Specific and Non Specific Factors in Behavior Therapy. *British Journal of Psychiatry*, *123*, 445-462, 1973.

Geyer, H., Gershan, S. Exploration of the Antidepressant Potential of Lithium. *Psychopharmacologia, 28*, 107, 1973.

Gibbs, J.J., Wilkins, B., Lauterbach, C.G. A Controlled Clinical Psychiatric Study of Chlorpromazine. *Journal of Clinical & Experimental Psychopathology, 18*, 269-283, 1957.

Ginsberg, G., Marks, I.M. Costs and Benefits of Behavioral Psychotherapy: A Pilot Study of Neurotics Treated by Nurse-therapist. *Psychological Medecine, 7*, 685-700, 1977.

Girodo, M., Roehl, J. Cognitive, Physiological and Behavioral Components of Anxiety in Flooding. *Canadian Journal of Behavior Sciences, 8*, 224-231, 1976.

Glasgow, R.E., Rosen, G.M. Behavioral Bibliotherapy: A Review of Self-Help Behavior Therapy Manuals. *Psychological Bulletin, 85*, 1-9, 1978.

Glick, I.D., Hargreaves, W.A. Hospitals in the 1980's: Service, Training and Research. *Hospital and Community Psychiatry, 30*, 125-128, 1979.

Goldfried, M.R. The Use of Relaxation and Cognitive Relabeling as Coping Skills. IN: R.B. Stuart (Ed.) *Behavioral Self-Management*. New York, Brunner-Mazel, 1977.

Goldman, H., Gomer, F., Templer, D. Long-Term Effects of Electro-Convulsive Therapy upon Memory and Perceptual-Motor Performance. *Journal of Clinical Psychology, 28*, 33-34, 1972.

Goldstein, A.P., Stein, N. *Prescriptive Psychotherapies*. New York, Pergamon Press, 1976.

Goldstein, M. *Family Therapy for Parents of Schizophrenia*. Comptes rendus du Symposium international « Le schizophrène et sa famille », Montréal, Fondation pour la recherche sur les maladies mentales, septembre 1983.

Goldstein, M.J., Hopeikin, H.S. Short and Long-Term Effects of Combining Drug and Family Therapy: IN: *New Developments in Interventions with Families of Schizophrenics*. San Francisco, Jossey Bass Inc., 1981.

Goldstein, M.J., Rodnick, E.H., Evans, J.R., May, P.R., Steinberg, M. Drug and Family Therapy in the Aftercare Treatment of Acute Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 35*, 1169-1177, 1978.

Goodman, L., Gilman, A. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. Londres, Collier-MacMillan, 1970.

Goodwin, F., Murphy, D., Bunney, W. Lithium Carbonate Treatment Kof Depression and Mania. *Archives of General Psychiatry*, *21*, 486, 1969.

Gottschalk, L.A., Mayerson, P., Gottlieb, A.A. Predictions and Evaluation of Outcome in an Emergency Brief Psychotherapy Clinic. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *144*, 77-96, 1967.

Gouvernement du Québec. Un projet collectif: énoncé d'orientation et plan d'action pour la mise en oeuvre d'une politique québécoise de la recherche scientifique. Éditeur officiel du Québec, 1980.

Green, B.L., Gleser, G.C., Stone, W.N., Seifert, R.F. Relationships Among Diverse Measures of Psychotherapy Outcome. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *43*, 689-699, 1975.

Greenblatt, M. Efficacy of ECT in Affective and Schizophrenic Illness. *American Journal of Psychiatry*, *134*, 1001-1005, 1977.

Greenblatt, M., Grosser, G.H., Weichsler, H. Differential Response of Hospitalized Depressed Patients to Somatic Therapy. *American Journal of Psychiatry*, *120*, 935-943, 1964.

Greenblatt, D., Shader, R. Benzodiazepines. *New England Journal of Medicine*, *29*, 19-23, 1974.

Greenblatt, D., Shader, R. Dependence, Tolerance and Addiction to Benzodiazepines: Clinical and Pharmacokinetic Considerations. *Drug Metabolism Reviews*, *8*, 13-28, 1978.

Greenspan, S.I., Sharfstein, S.S. Efficacy of Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *38*, 1213-1219, 1981.

Grinspoon, L., Ewalt, J.R., Shader, R.I. *Schizophrenia: Pharmacotherapy and Psychotherapy*. Springfield, C.C. Thomas, 1972.

Grotjahn, M. Planning from Dropout Patients: A Clinical View of Patients Who Discontinued Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, *22*, 306-319, 1972.

Group for the Advancement of Psychiatry: Pharmacotherapy and Psychotherapy: Paradoxes, Problems and Progress. *New York*, *9*, 261-431, 1975.

Gurman, A.S., Kniskern, D.P. Research on Marital and Family Therapy: Progress, Perspective and Prospect. IN: S.L. Garfield et A.E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2nd ed), New York, John Wiley & Sons, 1978.

Hafner, J., Marks, I. Exposure In Vivo of Agoraphobics: Contributions of Diazepam, Group Exposure and Anxiety Evocation. *Psychological Medicine*, *6*, 71-88, 1976.

Hall, R., Joffe, J. Aberrant Response to Diazepam: A New Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, *129*, 73-98, 1972.

Hamburg, D. et al. Report of Ad Hoc Committee and Central Fact-gathering Data of the American Psychoanalytic Association. *Journal of American Psychoanalytic Association*, *15*, 841-861, 1967.

Hand, I., Lamontagne, Y., Marks, I.M. Group Exposure (Flooding) In Vivo for Agoraphobics. *British Journal of Psychiatry*, *124*, 588-602, 1974.

Harper, R., Wiens, A. Electroconvulsive Therapy and Memory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *161*, 245-254, 1975.

Harris, T.A. *I'm o.k., you're o.k.* New York, Harpers Ron, 278 p., 1969.

Hatfield, A.B. The Family as Partner in the Treatment of Mental Illness. *Hospital and Community Psychiatry*, *30*, 338-340, 1979.

Hersen, M., Bellack, A.S. A Multiple-Baseline Analysis of Social Skills Training in Chronic Schizophrenics. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *9*, 239-246, 1976.

Hersen, M., Eisler, R.M. Social Skills Training. IN: W.E. Craighead, A.E. Kazdin et M.J. Mahoney (Eds). *Behavior Modification: Principles, Issues and Applications*. Boston, Houghton Mifflin, 1976.

Hogarty, G.E., Schooler, N.R., Ulrich, R., Nussare, F., Ferro, P., Henon, E. Fluphenazine and Social Therapy in the Aftercare of Schizophrenic Patients. *Archives of General Psychiatry*, *36*, 1283-1284, 1979.

Hollon, S.D., Beck, A.T. Psychotherapy and Drug Therapy: Comparison and Combinations. IN: S.L. Garfield and A.E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, John Wiley & Sons, pp. 437-489, 1978.

Holroyd, K., Andrasik, F., Westbrok, T. Cognitive Control of Tension Headache. *Cognitive Therapy Research*, *1*, 121-123, 1977.

Horden, A., Burt, C., Holt, N. *Depressive States*. Springfield, C.C. Thomas, 1975.

Hutchinson, J., Smedburg, D. Treatment of Depression: A Comparative Study of ECT and Six Drugs. *British Journal of Psychiatry*, *109*, 536-538, 1963.

Jacobson, G.F., Strickler, M., Morley, W.E. Generic and Individual Approaches to Crisis Intervention. *American Journal of Public Health*, *58*, 339-343, 1968.

Jenov, A. *The Primal Scream*. New York, Dell, 1970.

Johnson, G., Gershan, S., Hekinian, L. Controlled Evaluation of Lithium and Chlorpromazine in the Treatment of Manic States: An Interim Report. *Comprehensive Psychiatry*, *9*, 563, 1968.

Karasu, T.B. Psychotherapy and Pharmacotherapy: Toward an Integrative Model. *American Journal of Psychiatry*, *139*, 1102-1113, 1982.

Karon, B.P., Vandenbos, G.R. Treatment Costs of Psychotherapy Versus Medication for Schizophrenics. *Professional Psychology*, *6*, 293, 1975.

Kaye, J.D. Group Interaction and Interpersonal Learning. *Small Group Behavior*, *4*, 424-448, 1973.

Kazdin, A.E. Evaluating the Generality of Findings in Analogue Therapy Research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *46*, 673-686. 1977.

Kazdin, A.E. The Token Economy. New York, Plenum Press, 1977.

Kazdin, A.E., Wilcoxon, L.A. Systematic Desensitization and Non Specific Treatment Effects on Methodological Evaluation. *Psychological Bulletin*, *83*, 729-758, 1976.

Kazdin, A.E., Wilson, G.T. Criteria for Evaluating Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *35*, 407-418, 1978.

Kendall, P., Finch, A. A Cognitive-Behavioral Treatment for Impulsivity: A Group Comparison Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*, 110-118, 1978.

Kernberg, O.F., Burnstein, E.D., Coyne, L., Appelbaum, A., Howitz, L., Vioth, H. Psychotherapy and Psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *36*, 1-276, 1972.

King, P. Chlorpromazine and Electroconvulsive Therapy in the Treatment of Newly Hospitalized Schizophrenics. *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology*, *21*, 101-105, 1960.

Klein, D.F. Delienation of Two Drug-Responsive Anxiety Syndromes. *Psychopharmacologia*, *5*, 397, 1964.

Klein, D., Davis, J. *Diagnosis and Treatment of Psychiatric Disorders*. Baltimore, Williams & Wilkins, pp. 187-298, 1969.

Klein, D.F., Gittelman, R., Quitkin, F., Rifkin, A. *Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders* (2nd edition). Baltimore, Williams & Wilkins, 1980.

Kleinknecht, R., Donaldson, D. A Review of the Effects of Diazepam on Cognitive and Motor Performance. *Journal of Nervous and Mental Disease, 161(6)*, 399-411, 1975.

Klerman, G.L., Di Mascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., Paykel, E.S. Treatment of Depression by Drugs and Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 131*, 186-191, 1974.

Knapp, P.H. Short-Term Psychoanalytic and Psychosomatic Predictions. *Journal of American Psychoanalytic Association, 11(2)*, 245-280, 1963.

Korin, H., Fink, M., Kwalwasser, S. Relation of Changes in Memory and Learning to Improvement in Electroshock. *Confinia Neurologica, 16*, 88, 1956.

Kovel, J. *A Complete Guide to Therapy*. New York, Penguin Books, 1977.

Kristiansen, E.S. A Comparison of Treatment of Endogenous Depression with Electroshock and with Imipramine. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl), 162*, 179-188, 1961.

Lambert, M.T., Bergin, A.E. Psychotherapeutic Outcomes and Issues Related to Behavioral and Humanistic Approaches. *Cornell Journal of Social Relations, 8*, 47-61, 1973.

Lambert, P., De Julio, M., Stein, D. Therapist Interpersonal Skills. *Psychological Bulletin, 83*, 467-489, 1978.

Lamontagne, Y. Le traitement des phobies par la thérapie du comportement. *Union médicale du Canada, 102*, 2287-2291, 1973.

Lamontagne, Y. Psychothérapie dynamique et thérapie comportementale : une alliance est-elle possible ? *L'encéphale, 6*, 65-80, 1973.

Lamontagne, Y. Immersion et implosion. IN : R. Ladouceur, M.-A. Bouchard et L. Granger. *Principes et applications des thérapies behaviorales*, Montréal, Edisem et Paris, Maloine, 1973.

Lamontagne, Y. La thérapie comportementale dans les hôpitaux à sécurité maximum. *Union médicale du Canada, 103*, 1778-1785, 1974.

Lamontagne, Y., Lamontagne, C. *La thérapie comportementale en psychiatrie*. Montréal, Beauchemin, 1975.

Lamontagne, Y. L'enseignement de la thérapie comportementale en psychiatrie. *Vie médicale au Canada français, 4*, 485-486, 1975.

Lamontagne, Y. Implantation de la thérapie comportementale en milieu psychanalytique. *Canadian Psychiatric Association Journal*, *22*, 11-17, 1977.

Lamontagne, Y. Our Experience on EMG Feedback Training. *Archives of Greek Association for Behaviour Modification*, *1*, 19-21, 1979.

Lamontagne, Y. La thérapie du comportement. IN: R. Duguay et H.F. Ellenberger. *Précis pratique de psychiatrie*, Montréal, Chenelière et Stanké, et Paris, Maloine, 1981.

Lamontagne, Y. Réflexions sur « Médicaments ou potions magiques ». *Union médicale du Canada*, *112*, 391-395, 1983.

Lamontagne, Y. Indications thérapeutiques de la thérapie comportementale. *Canadian Journal of Psychiatry*, *29*, 125-128, 1984.

Lamontagne, Y., Annable, L., Lavallée, Y.J. Is EMG Feedback Training Effective in the Treatment of Anxiety? IN: J. Boulougouris (Ed.). *Learning Theory Approaches to Psychiatry*. Londres, John Wiley, 1982.

Lamontagne, Y., Lavallée, Y.-J., Annable, L. La rétroaction biologique: réalités et illusions. *Lyon Médical*, *238*, 97-103, 1977.

Lamontagne, Y., Lavallée, Y.-J., Annable, L. Minor Tranquilizers, Personality Inventory and EGM Feedback with Chronic Anxious Patients. *Comprehensive Psychiatry*, *24*, 543-545, 1983.

Lamontagne, Y., Lebrun-Brais, L., Boyer, R., Chouinard, G., de Montigny, C., Élie, R., Gagnon, M.-A. *Pour une politique québécoise de la recherche scientifique*. Mémoire adressé au ministère d'État au Développement culturel en réponse au livre vert sur la recherche scientifique, 1979.

Lamontagne, Y., Ste-Marie, G. La recherche clinique en psychiatrie au Québec: stagnation ou évolution. *Union médicale du Canada*, *110*, 922-926, 1981.

Lamoureux, G., Joly, J., Bouchard. M.-A. Rétroaction biologique. IN: R. Ladouceur, M.-A. Bouchard et L. Granger. *Principes et applications des thérapies behaviorales*. Montréal, Edisem, 1980.

Langsley, D., Enterline, J., Hickerson, G. A Comparison of Chlorpromazine and ECT in Treatment of Acute Schizophrenia and Manic Reactions. *Archives of Neurological Psychiatry*, *81*, 384-391, 1959.

Langsley, D.G., Kaplan, D.M., Pittnan, F.S., Machotka, P., Flomenhaft, K., De Young, C.D. The Treatment of Families in Crisis. New York, Grune & Stratton, 1968.

Laurin, C. La personnalité du thérapeute. *Union médicale du Canada*, *103*, 1929-1933, 1974.

Leff, J.P. Developments in Family Treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, *51*, 216-232, 1979.

Leitenberg, H. *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*. Engleweed Cliffs, Prentice Hall, 1976.

Lepage, D., Tétreault, J.-P. Un protocole de sismothérapie. *Union médicale du Canada*, *109*, 1-7, 1980.

Leser, A.L. Psychotherapy, Benefits and Costs. *The Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, *4(2)*, 191-196, 1979.

Leven, H., Breger, L., Patterson, V. A Training and Research Program in Brief Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *26*, 90-100, 1972.

Lewis, D., Bregman, N., Mahan, J. Cue-Dependent Amnesia in the K-Maze. *Journal of Comparative and Phsychological Psychology*, *81*, 243-247, 1972.

Libit, J., Lewinsohn, P.M. The Concept of Social Skills with Special References to the Behavior of Depressed Persons. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *40*, 304-312, 1973.

Lieberman, M. A. Change Induction in Small Groups. *Annual Review of Psychology*, *27*, 217-250, 1976.

Liljequist, R., Matela, M. Acute Effects of Temazepam and Nitrazepam on Psychomotor Skills and Memory. *Acta Pharmacologica Toxicologica*, *44(5)*, 364-369, 1979.

Lipman, R., Cobi, L., Derogatis, L., Rickels, K., Uhlenhut, E. Medication, Anxiety and Patient Report of Significant Life Situation Events. *Disease of the Nervous System*, *32*, 240, 1971.

Lipsedge, M.S., Hajioff, J., Huggins, P., Napier, L., Pearce, J., Pike, O.J., Rich, M. The Management of Severe Agoraphobia: A Comparison of Iproniazid and Systematic Desensitization. *Psychopharmacologia*, *32*, 67-80, 1973.

Lloyd, M.E. Selecting Systems to Measure Client Outcome in Human Service Agencies. *Behavioral Assessment*, *5*, 55-70, 1983.

London, P. The Future of Psychotherapy. *Hastings Center Report*, *93*, 11-13, 1973.

London, P., Klerman, G.L. Evaluating Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *139(6)*, 709-717, 1982.

Lorr, M., McNair, D.M., Weinstein, G.J. Early Effects of Chlordiazepoxide (Librium) Used with Psychotherapy. *Journal of Psychiatric Research*, *1*, 257-270, 1962.

Lorr, M., McHair, D.M., Weinstein, G.J., Michaux, W.W., Raskin, A. Meprobamate and Chlorpromazine in Psychotherapy: Some Effects on Anxiety and Hostility of Outpatients. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 381-389, 1961.

Lowen, A. *The Betrayal of the Body*. New York, Collier-MacMillan, 1969.

Luborsky, L. The Patient's Personality and Psychotherapeutic Change. IN: A. Strupp et L. Luborsky (Eds). *Research in Psychotherapy. American Psychological Association*, Washington, 2, 115-133, 1962.

Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. Comparative Studies of Psychotherapies: Is it True that "everybody has won, all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, *32*, 995-1008, 1975.

Luborsky, L., Spence, D.P. Quantitative Research on Psychoanalytic Therapy. IN: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Garfield S.L. et Bergin A.E. (Eds), New York, John Wiley and Sons, Chap. 11, 408-432, 1978.

Maggs, R. Treatment of Manic Illness with Lithium Carbonate. *British Journal of Psychiatry*, *1-9*, 56, 1963.

Mahoney, M.J. *Cognitive and Behavior Modification*. Cambridge, Ballinger, 1974.

Mahoney, M.J. Reflections on the Cognitive-Learning Trend in Psychotherapy. *American Psychologist*, *32*, 5-13, 1977.

Mahoney, M.J., Arnkoff, D. Cognitive and Self-Control Therapies. IN: S.L. Garfield et A.E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior change*, New York, John Wiley and Sons, 1978.

Malan, D.H. *A Study of Brief Psychotherapy*. London, Tavistock Publications, 1963.

Malan, D.H. *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy: A Replication*. New York, Plenum Press, 1976.

Malitz, S., Sackdim, H.A., Decina, P. ECT in the Treatment of Major Affective Disorders: Clinical and Basic Research Issues. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, *7*, 126-134, 1982.

Mann, J. *Time-Limited Psychotherapy*. Cambridge, Harvard University Press, 1973.

Marks, I., Hallam, R., Connelly, J., Philpatt, R. *Nursing in Behavioral Therapy*. London, The Royal College of Nursing of the United Kingdom, 1977.

Marks, I.M. Behavioral Psychotherapy of Adult Neuroses. IN: S.L. Garfield et A.E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior change*, 2nd edition, New York, Wiley, 1978.

Marks, I.M. Cure and Care of Neurosis. *Psychological Medicine*, *9*, 629-660, 1979.

Marks, I.M. Review of Behavioral Psychotherapy: I: Obsessive Compulsive Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *138(5)*, 584-592, 1981.

Marks, I.M. Review of Behavioral Psychotherapy: II: Sexual Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *138(6)*, 750-756, 1981.

Marks, I.M., Hodgson, R., Rachman, S. Treatment of Chronic Obsessive-Compulsive Neuroses by In Vivo Exposure. *British Journal of Psychiatry*, *127*, 349-366, 1975.

Marks, I.M., Waters, H., Lindley, P. *Nurse Therapy in Primary Care: A Controlled Clinical and Epidemiological Study*. Final Report to DHSS, octobre 1983.

Marshall, E. Psychotherapy Works, but for Whom? *Science*, *207*, 506-508, 1980.

Mathews, A. Fear Reduction Research and Clinical Phobias. *Psychological Bulletin*, *85*, 390-406, 1978.

Mathieu, M., Wright, J., Valiquette, C. Assertion et habiletés sociales. IN: R. Ladouceur, M.-A. Bouchard et L. Granger. *Principes et applications des thérapies behaviorales*. Montréal, Edisem, 1980.

May, P. *Treatment of Schizophrenia*. New York, Science House, 1968.

May, P. Schizophrenia: Overview of Treatment Methods. IN: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds). Baltimore, Williams & Wilkins, 1975.

May, P. Schizophrenia: Evaluation of Treatment Methods. IN: A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry II*. Baltimore, Williams & Wilkins, 955-982, 1975.

May, P. When, What, and Why? Psychopharmacotherapy and Other Treatments in Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, *17*, 683-693, 1976.

May, P., Tuma, A.H., Dixon, W.J. Schizophrenia — A Follow-Up Study of Results of Treatments. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 474-506, 1976.

May, P., Tuma, A., Yale, C. Schizophrenia: A Follow-Up Study of Results of Treatment. Hospital Stay Over Two to Five Years. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 481-486, 1976.

McCormich, P. T.A. and Behavior Modification: A Comparative Study. *Transactional Analysis Journal*, *3*, 1972.

McDonald, I., Perkins, M., Marjerrison, G. A Controlled Comparison of Amitriptyline and Electroconvulsive Therapy in the Treatment of Depression. *American Journal of Psychiatry*, *122*, 1426-1431, 1966.

McFall, R.M. Behavioral Training: A Skill-Acquisition Approach to Clinical Problems. IN: J.T. Spence, R.C. Carson et J.W. Thibaut (Eds). *Behavioral Approaches to Therapy*. Morristown, General Learning Press, 1976.

Medical Research Council. Clinical Trial of the Treatment of Depressive Illness. *British Medical Journal*, *1*, 881-886, 1965.

Meichenbaum, D., Cameron, R. Training Schizophrenics to Talk to Themselves. *Behavior Therapy*, *4*, 515-535, 1973.

Meichenbaum, D. *Cognitive Behavior Modification*. New York, Plenum Press, 1977.

Meichenbaum, D., Goodman, J. Training Impulsive Children to Talk to Themselves. *Abnormal Psychology*, *77*, 115-126, 1971.

Mendels, J., Secunda, S., Dyson, V. A Controlled Study of the Antidepressant Effects of Lithium Carbonate. *Archives of General Psychiatry*, *26*, 154, 1972.

Meltzoff, J., Kornreich, M. *Research in Psychotherapy*. New York, Atherton Press, 1970.

Menninger Foundation. *Policies and Procedures: Adult Outpatient Department*, p. ii, février 1983.

Mills, M.J., Pearsall DT., Yesavage, J.A., Salzman, C. Electroconvulsive Therapy in Massachusetts. *American Journal of Psychiatry*, *141*, 534-538, 1984.

Mindham, R., Howland, C., Shepherd, M. Continuation Therapy with Tricyclic Antidepressant in Depressive Illness. *Lancet*, 2, 854, 1972.

Misanin, J., Miller, R., Lewis, D. Retrograde Amnesia Produced by Electroconvulsive Shock after Reactivation of a Consolidated Memory Trace. *Science*, *160*, 554-555, 1968.

Mitchell, K., Bozarth, J., Krauft, C. A Reappraisal of the Therapeutic Effectiveness of Accurate Empathy, Nonpossessive Warmth and Genuineness. IN: A. Gurman, A. Razin (Eds). *Effective Psychotherapy*, Oxford, Pergamon Press, 1977.

Moamaï, N., Moammae, J. La situation actuelle sur l'électrochoc. *Le Courrier médical*, *12*, 27 mars 1984.

Moleski, R., Tosi, D. Comparative Psychotherapy Rational-Emotive Therapy vs Systematic Desensitization in the Treatment of Stuttering. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *44*, 300-311, 1976.

Morgan, C.D., Kremer, E., Caylor, M. The Behavioral Medicine Unit: A New Facility. *Comprehensive Psychiatry*, *20*, 79-89, 1979.

Morris, J., Beck, A. The Efficacy of Antidepressant Drugs: A Review of Research 1958-1972. *Archives of General Psychiatry*, *30*, 667-674, 1974.

Mosher, L., Gunderson, J., Buschsbaum, S. Special Report: Schizophrenia, 1972. *Schizophrenia Bulletin*, *7*, 12-52, 1973.

Mosher, L.R., Keith, S.J. Psychosocial Treatment: Individual, Group, Family and Community Support Approaches. *Schizophrenia 1980*, U.S. Government Printing Office, 1980.

Moreno, J.L. Psychodrama. IN: A.M. Freedman, H.I. Kaplan, S.J. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1975.

Moreno, J.L., Moreno, Z.T. *Psychodrama*. New York, Beacon House, 1959.

Muehlberg, N., Pierce, R., Drasgow, J. A Factor Analysis of Therapeutically Facilitative Conditions. *Journal of Clinical Psychology*, *25*, 93-95, 1969.

National Institute of Mental Health. *Information on Lithium*. U.S. Department of Health and Human Services, 4 pages, 1981.

Newsweek. Voting on Electroshock, 25 octobre 1982.

Nichols, M.P. Outcome of Brief Cathartic Psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *42*, 403-410, 1974.

Nichols, M.P., Reifler, C.B. The Study of Brief Psychotherapy in a College Health Setting. *Journal of American College of Health Association*, *22*, 128-133, 1973.

NIMH. Psychopharmacology Service Center, Collaborative-Study Group: Phenothiazine Treatment in Acute Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *10*, 246-261, 1964.

Ottoson, J. Memory Distrubance After ECT: A Major or Minor Side Effect. *Proceedings of the First International Congress of the Academy of Psychosomatic Medicine, 134*, 161-168, 1967.

Pankratz, W.J. Electroconvulsive Therapy. The Position of the Canadian Psychiatric Association. *Revue canadienne de Psychiatrie, 25*, 509-514, 1980.

Parloff, M.B. Psychotherapy Research Evidence and Reinbursement Decisions: Bambi Meets Godzilla. *American Journal of Psychiatry, 139(6)*, 718-727, 1982.

Patterson, V., Levene, H., Breger, L. Treatment and Training Outcomes with Two Time-Limited Therapies. *Archives of General Psychiatry, 25*, 161-167, 1971.

Paul, G.L. Insight Versus Desensitization in Psychotherapy Two Years after Termination. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 31*, 333-348, 1967.

Paul, G.L. Outcome of Systematic Desensitization. IN: C.M. Franks (Ed), *Behavior Therapy: Apparaisal and Status*, New York, McGraw Hill, 1969.

Paul, G.L. Behavior Modification Research: Design and Tactics. IN: C.M. Franks (Ed), *Behavior Therapy: Apparaisal and Status*, New York, McGraw Hill, 1969.

Perls, F. *Gestalt Therapy Verbation*. John O. Stevens (éd). MOAB, UTAH, Real People, 1969.

Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. *Gestalt therapie: technique d'épanouissement personnel*. Montréal, Stanké, 1977.

Pevnick, J., Jasinski, D., Haertzen, G. Abrupt Withdrawal from Therapeutically Administered Diazepam. *Archives of General Psychiatry, 35*, 995-998, 1978.

Platman, S. A Comparison of Lithium Carbonate and Chlorpromazine in Mania. *American Journal of Psychiatry, 127*, 351, 1970.

Preskorn, S., Denner, L.J. Benzodiazepines and Withdrawal Psychosis. *Journal of the American Medical Association, 237(1)*, 36-38, 1977.

Prioleau, L., Murdeck, M., Brody, N. An Analysis of Psychotherapy versus Placebo Studies. *The Behavioral and Brain Sciences, 6*, 275-285, 1983.

Rachman, S. *The Effects of Psychotherapy*. Oxford, Pergamon Press, 1971.

Rachman, S.T., Wilson, G.T. *The Effects of Psychological Therapy*. (2nd édition). London, Pergamon Press, 1980.

Raskin, M., Bali, L.R., Peeke, H.V. Muscle Biofeedback and Transcendental Meditation. *Archives of General Psychiatry*, *37*, 93-97, 1982.

Reich, W. *Character Analysis* (3rd ed). New York, Orgone Institute Press, 1959.

Reich, W. *The Function of the Orgasm*. New York, Wolfe, 1968.

Rickels, K., Ward, C., Schut, L. Different Populations, Different Drug Responses. A Comparative Study of Two Antidepressants, Each Used in Two Different Patient Groups. *American Journal of Medical Sciences*, *247*, 328, 1964.

Riddell, S. The Therapeutic Efficacy of ECT: *Archives of General Psychiatry*, *8*, 546-556, 1963.

Roback, H.B. The Comparative Influence of Insight and Non-Insight Psychotherapies on Therapeutic Outcome: A Review of the Experimental Literature. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *8*, 23-25, 1971.

Robin, A., Armel, S., O'Leary, K. The Effects of Self-Instruction on Writing Deficiencies. *Behavior Therapy*, *6*, 178-187, 1975.

Rogers, C., Dymond, R. *Psychotherapy and Personality Change*. Chicago, Chicago University Press, 1954.

Rotrock, G.K., Wellisch, D.K., Schoolar, J.C. A Family Therapy Outcome Studies in an Inpatient Setting. *American Journal of Orthopsychiatry*, *47*, 514-522, 1977.

Ruch, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M., Hollon, S.D. Comparative Efficacy of Cognitive Therapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Depressed Outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, *1*, 17-37, 1977.

Sadock, B.J. Group Psychotherapy and Psychodrama. IN: A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1980.

Santé et Bien-être social Canada. *Étude sur l'état des recherches en matière de santé mentale; Rapport du groupe d'étude sur la recherche dans le domaine de la santé mentale*. Direction générale des services et de la promotion de la santé, Ottawa, 1978.

Santé et Bien-être social Canada. *L'usage des benzodiazépines au Canada*. Ottawa, 1982.

Sarvis, M.A., Dewees, M.S., Johnston, R.F. A Concept of Ego-Oriented Psychotherapy. *Psychiatry*, *22*, 277-287, 1958.

Schlesinger, H.J., Mumford, E., Glass, G.V., Patrick, C., Sharfstein, S. Mental Health Treatment and Medical Care Utilization in a Fee-For-Service System: Outpatient Mental Health Treatment Following the Onset of a Chronic Disease. *American Journal of Public Health*, *73*, 422-429, 1983.

Schneider, A., Sherman, W. Amnesia: A Function of the Temporal Relation of Fastshock to Electroconvulsive Shock. *Science*, *159*, 219-221, 1968.

Schou, M., Juel-Nielsen, N., Stromglen, E., Voldby, H. The Treatment of Mania Psychoses by the Administration of Lithium Salts. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *17*, 250, 1954.

Sellers, E. Clinical Pharmacology and Therapeutics of Benzodiazepines. *Canadian Medical Association Journal*, *118*, 1533, 1978.

Sellers, E., Kalant, H. Alcohol Intoxication and Withdrawal. *New England Journal of Medicine*, *294*, 757-762, 1976.

Shapiro, D. Empathy, Warmth and Genuineness in Psychotherapy. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, *8*, 350-361, 1969.

Shapiro, J.L., Diamond, M.J. Increases in Hypnotizability as a Function of Encounter Group Training: Some Confirming Evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, *79*, 112-115, 1972.

Sharaf, M., Levinson, O. The Quest for Omnipotence in Professional Training. *International Journal of Pyschiatry*, *4*, 426-442, 1967.

Shaw, B.F. Comparison of Cognitive Therapy and Behavior Therapy in the Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *45*, 543-551, 1977.

Shipton, B., Spain, A. Implications of Payment of Fees for Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *18*, 68-73, 1981.

Shlien, J.M., Mosak, H.H., Dreikurs, B. Effects of Time Limits: A Comparison of Two Psychotherapies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *9*, 313-334, 1972.

Sieman, M.V., Littmann, S.K., Plummer, E., Thornton, J.F., Jeffries, J.J. *Vivre et travailler avec la schizophrénie*. Traduit et adapté par Y. Lamontagne et A. Lasage, Montréal, Edisem et Paris, Maloine, 1983.

Sifneos, P.E. *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1972.

Simpson, M.A. *Medical Education: A Critical Approach*. Butterworths, Londres, pp. 80-88, 1972.

Skegg, D., Richards, S., Doll, R. Minor Tranquilizers and Road Accidents. *British Medical Journal*, *1*, 917-919, 1979.

Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., Whipper, K. Short-Term Analytically Oriented Psychotherapy versus Behavior Therapy. *American Journal of Psychiatry*, *132(4)*, 373-377, 1975.

Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., Whiple, K. Patients Characteristics and Outcome in Psychotherapy and Behavior Therapy. *Journal of Cousulting & Clinical Psychology*, *4*, 336-339, 1976.

Small, L. Crisis Therapy: Theory and Method. IN: G.D. Goldman et D.S. Milman (Eds). *Innovations in Psychotherapy*. Springfield, 111. Charles C. Thomas, 1972.

Smith, M.L., Glass, G.V. Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies. *American Psychologist*, septembre 1977, 752-760.

Solyom, M.L., Heseltime, G.F.D., McClure, D.J., Solyom, C., Ledridge, B., Steinberg, G. Behavior Therapy versus Drug Therapy in the Treatment of Phobic Neurosis. *Canadian Psychiatric Association Journal*, *18*, 25-31, 1973.

Spohm, H.E., Lacoursière, R., Thompson, K., Coyne, L. Phenotiazine Effects on Psychological and Psychophysiological Dysfunction in Chronic Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *34*, 633-644, 1977.

Spring, G., Schweid, D., Gray, C., Steinberg, J., Horwitz, M., Bond, D. A Comparison of Lithium and Chlorpromazine in the Treatment of Manic States. *American Journal of Psychiatry*, *126*, 1306, 1970.

Squire, L.R., Chace, P.M. Memory Functions Six to Nine Months after Electroconvulsive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, *32*, 1557-1564, 1975.

Squire, L., Miller, P. Diminution in Anterograde Amnesia Following-Up Electroconvulsive Therapy. *British Journal of Psychiatry*, *125*, 490-495, 1974.

Squire, L.R., Slater, P.C. Bilateral and Unilateral ECT: Effects on Verbal and Non-Verbal Memory. *American Journal of Psychiatry*, *10*, 1316-1320, 1978.

Stanton, H.E. Change in Self-Insight During an Intensive Group Experience. *Small Group Behavior*, *6*, 487-493, 1975.

Stern, R., Marks, I. Brief and Prolonged Flooding. *Archives of General Psychiatry*, *28*, 270-276, 1973.

Stokes, T.F., Baer, D. An Implicit Technology of Generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *10*, 349-368, 1977.

Stravynski, A., Marks, I., Yule, W. Social Skills Problems in Neurotic Outpatients: Social Skills Training with and without Cognitive Modification. *Archives of General Psychiatry*, *39*, 1378-1385, 1982.

Stravynski, A., Shahar, A. The Treatment of Social Dysfunction in Non Psychotic Outpatients: A Review. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *171*, 721-728, 1983.

Strupp, H. Clinical Psychology, Irrationalism and the Erosion of Excellence. *American Psychologist*, *31(8)*, 561-571, 1976.

Templer, D., Ruff, C., Armstrong, C. Cognitive Functioning and Degree of Psychosis in Schizophrenics Given Many Electroconvulsive Treatments. *British Journal of Psychiatry*, *123*, 441-443, 1973.

Tourney, G. A History of Therapeutic Fashions in Psychiatry 1800-1966. *American Journal of Psychiatry*, *124*, 784-796, 1967.

Truax, C., Carkuff, R. *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*. Chicago, Aldine Press, 1967.

Tyrer, P., Rutherford, D., Huggett, T. Benzodiazepine Withdrawal Symptoms and Propanolol. *Lancet*, *7*, 520-522, 1981.

Uhlenluth, E.H., Lipman, R.S., Covi, L. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy: Controlled Studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *148*, 52-64, 1969.

Warren, D.I. *Neighborhood and Community Contexts in Help-Seeking, Problem Coping and Mental Health: Data Analysis Monograph*. University of Michigan, août 1976.

Weiner, R.D. The Psychiatric Use of Electrically Induced Seizures. *American Journal of Psychiatry*, *136*, 1507-1517, 1979.

Weinman, B., Gelbart, P., Wallace, M., Post, M. Inducing Assertive Behavior in Chronic Schizophrenics: A Comparison of Socio-Environmental Desensitization and Relaxation Therapies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *39*, 246-252, 1972.

Weissberg, M. A Comparison of Direct and Vicarious Treatment of Speech Anxiety: Desensitization, Desensitization and Coping Imagery and Cognitive Modification. *Behavior Therapy*, *8*, 606-620, 1977.

Weissman, M.M. The Psychological Treatment of Depression: Evidence for the Efficacy of Psychotherapy Alone, in Combination with Pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *36*, 1261-1269, 1979.

Weissman, M., Klerman, G.L., Paykel, E.S., Prusoff, B., Hanson, B. Treatment Effects of the Social Adjustment of Depressed Patients. *Archives of General Psychiatry*, *30*, 771-778, 1974.

Welberg, L.R. (ed). *Short-Term Psychotherapy*. New York, Grune and Stratton, 1965.

West, E.D. Electric Convulsion Therapy in Depression: A Double-Blind Controlled Trial. *British Medical Journal*, *282*, 355-357, 1981.

Wharton, R., Fieve, R. The Use of Lithium in the Affective Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, *123*, 706, 1966.

Williams, R.L., Long, J.D. *Toward a Self-Managed Life Style*. Boston, Houghton Mifflin, 1979.

Wilson, I., Vernon, J., Guin, T. A Controlled Study of Treatments of Depression. *Journal of Neuropsychiatry*, *4*, 313-337, 1963.

Wittenborn, J., Plante, M., Burgess, F. A Comparison of Imipramine, Electroconvulsive Therapy and Placebo in the Treatment of Depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *135*, 131-137, 1962.

Wolkon, G.H. Crisis Theory, the Application for Treatment and Dependency. *Comprehensive Psychiatry*, *13*, 459-464, 1972.

Wolpe, J. The Practice of Behavior Therapy (2nd ed). New York, Pergamon Press, 1973.

Wolpe, J., Brady, J.P., Serber, M., Agras, W.S., Liberman, R.D. The Current Status of Systematic Desensitization. *American Journal of Psychiatry*, *130*, 961-965, 1973.

Workam, D.S., Cunningham,D. Effect of Psychotropic Drugs on Agression in a Prison Setting. *Canadian Family Physician*, *21(11)*, 63-66, 1975.

Yalom, I. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, Basic Books, 1975.

Yates, A.J. *Theory and Practice of Behavior Therapy*, New York, Wiley, 1975.

Yates, B.T. Improving the Cost-Effectiveness of Obesity Programs: Three Basic Strategies for Reducing the Cost per Pound. *International Journal of Obesity*, *2*, 249, 1978.

Yates, B.T., Newman, F.L. Findings of Cost-Effectiveness and Cost-Benefit Analyses of Psychotherapy. IN: G.R. Vandenbos (Ed.) *Psychotherapy: Practice, Research, Policy*. Beverly Hill, Sage Publications.

Zitrin, C.M., Klein, D.F., Lindemann, C., Tobak, P., Rock, M., Kaplan, J.H., Ganz, V.H. Comparisons of Short-Term Treatment Regimens in Phobic Patients. IN: R.L. Spitzer et D.F. Klein (Eds). *Evaluation of Psychological Therapies*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1976.

Zitrin, C.M., Klein, D.F., Woerner, M.G. Behavior Therapy, Supportive Psychotherapy, Imipramine and Phobias. *Archives of General Psychiatry*, *35*, 307-316, 1978.

Bibliographie

Relative à l'efficacité du support dans la communauté et des interventions de réadaptation chez les adultes ayant des troubles psychiatriques majeurs.

Angelo, G., Di Bella, W., Weitz, G.W., Pounterberg, D. et Yurmark, J.L. (1982). *Handbook of Partial Hospitalization*, N.Y., Brunner/Mazel Inc.

Anthony, W.A. & Farkas, M. (1982). A Client Outcome Planning Model for Assessing Psychiatric Rehabilitation Intervention. *Schizophrenia Bulletin 8(1)*.

Anthony, W.A., Cohen, M.R., Vitalo, R. (1978). The Measurement of Rehabilitation Outcome. *Schizophrenia Bulletin, Special issue on Community Support Systems*.

Anthony, A., Buell, G.J., Sharratt, F., Althoff, M.E. (1972). Efficacy of Psychiatric Rehabilitation. *Psychological Bulletin No. 78*, 447-456.

Anthony, W.A., Buell, G.J. (1974). Predicting Psychiatric Rehabilitation Outcome Using Demographic Characteristics: A Replication. *Journal of Counselling Psychology, 21(5)*, 421-422.

Anthony, W.A. (1979). *Principles of Psychiatric Rehabilitation*. Amherst, Mass., Human Resource Development Press.

Apte, R.Z. (1968). *Halfway Houses*. London, Bell.

Attkisson, C.C., Broskowrski, A. (1978). Evaluation and the Emergency Human Service Concept. IN C.C. Attkisson, W.A. Hargreaves, M.J. Horowritz, J.E. Sorensen, *Evaluation of Human Service Programs*. Academic press, p. 24.

Auerbach, E.D. & Pattison, E.M. (1976). Outcome of Social Rehabilitation: Whom Does it Help. *Social Psychiatry, 11*, 33-40.

Bachrach, L.L. (1976). *National Institute of Mental Health Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective*. DHEW Publication No. (ADM) 76-351, Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 20402.

Bachrach, L. (1982). Assessment of Outcomes in Community Support Systems: Results, Problems and Limitations. *Schizophrenia Bulletin, 8(1)*, 39-60.

Bachrach, L.L. (ed) (1983). *Deinstitutionalization in New Directions for Mental Health Services N.I.M.H.*

Beard, J., Pitt, R.B., Fisher, S.H. & Goerzel, V. (1963). Evaluating the Effectiveness of a Psychiatric Rehabilitation Program. *American Journal of Orthopsychiatry, 33*, 701-712.

Beard, J.H., Malamud, T.J. & Rossman, E. (1978). Psychiatric Rehabilitation and Long-Term Rehospitalization Rates: The Findings of Two Research Studies. *Schizophrenia Bulletin, 4(4)*, 662-635.

Becker, A., Schulberg, H.C. Phasing out State Hospitals — A Psychiatric Dilemma. *N. Eng. J. Med, 294*, 255-261.

Beels, C. (1978). Social Network, the Family and the Schizophrenic Patient. *Schizophrenia Bulletin, 4(4)*.

Beels, C. (1981). Social Support and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 4(1)*.

Black, B.J. (1970). *Principles of Industrial Therapy for the Mentally Ill*. Grune and Stratton, N.Y.

Blanchette, L. et al. (1982). *Réseau primaire et santé mentale: une expérience et recherche-action*. Unité de recherche psychosociale, Centre de psychiatrie communautaire, Centre Hospitalier Douglas, Montréal.

Braun, P., Kochansky, G., Shapiro, R. et al. (1981). Overview: Deinstitutionalization of Psychiatric Patients, A Critical Review of Outcome Studies. *Am. J. Psychiatry, 138*, 6.

Brook, B.D. (1973). An Alternative to Psychiatric Hospitalization for Emergency Patients. *Hospital and Community Psychiatry, 24*, 621-624.

Budson, R.D., Jolley, R.E. (1978). A Crucial Factor in Community Program Success: The Extended Psychosocial Kinship System. *Schizophrenia Bulletin, 4(4)*.

Buel, G.J., Anthony, W.A. (1973). Demographic Characteristics as Predictors of Recidivism and Post-Hospital Employment. *Journal of Counselling Psychology, 20(4)*, 361-365.

Buel, G.J., Anthony, W.A. (1975). The Relationship Between Patient Demographic Characteristic and Psychiatric Outcome. *Community Mental Health Journal, 11(2)*, 208-214.

Byers, E.S., Cohen, S.H., Hersbayer, D. (1979). The Quantity and Quality of After Care Servies: Relationship into Recidicism in Mental Hospital Parents. *Canadian Journal of Behavioral Service, 11(1)*, 11-20.

Carpenter, J.O., Boureston, N.C. (1976). Performance of Psychistric Hospital Discharges in Strict and Tolerant Environments. *Community Mental Health, 12:1*, 45-51.

Carpentier, M.D. (1978). Residential Placement for the Chronic Psychiatric Patient: A Review and Evaluation of the Literature. *Schizophrenia Bulletin, 4 (3)*, 384-398.

Casarino, J.P., Wilner, M., Maxey, J.T. (1982). American Association for Partial Hospitalization (AAPH) Standards and Guidelines for Partial Hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization, 1*, 5-21.

Cometa, M.H., Morrison, J.K. & Zishoren, M. (1979). Halfway to Where? A Critique of Research on Psychiatric Halfway Houses. *Journal of Community Psychology, 7*, 23-27.

Cook, T.D. & Campbelle, D.T. (1979). *Quasi Experimentation Design & Analysis Issues for Field Settings*. Rand McDally College Publishing Co. Chicago.

Craig, T.J. & Kline, N.S. (1982). Factors Associated with Recidivism: Implications for a Community Support Systems. *Community Support Service Journal*, Vol. II, No. 2.

Davis, A.E., Dinitz, S. & Pasamanick, P. (1974). *Schizophrenics in the New Custodial Community: Five Years after the Experiment*, Colombus, Ohio State University Press.

Davis, A.E., Dinitz, S. & Pasamanick, B. (1972). The Prevention of Hospitalization in Schizophrenia: Five Years after an Experimental Program. *American Journal of Orthopsychiatry, 43*, 375-388.

Di Bella, G.A.W., Weetz, G.W., Poynter-berg, D. & al. (1982).*Handbook of Partial Hospitalization*, N.Y., Brunner-Mazel.

Dellario, D.J. & Anthony, A. (1981). On the Relative Effectiveness of Institutional and Alternative Placement for the Psychiatrically Disabled. *The Journal of Social Issues*, Vol. 37, No. 3.

Dincin, J. & Witheridge, T.F. (1978). *Comparing the Effectiveness of Two Community Treatment Programs: A Summary of the Final Report*. Unpublished manuscript (Summary of final report of Illinois DMHD Research and Development Grant, No. 518).

Direction des politiques de santé (1982). *Projet de politique de santé mentale au Québec*, M.A.S.

Ebringer, L.C., Brown, J.R.W. (1980). Social Deprivation Amongst Short-Stay Psychiatric Patients. *British Journal of Psychiatric*, *136*, 46-52.

Engelhart, D.M., Rosen, B. (1976). *Implications of Drug Treatment for the Social Rehabilitation of Schizophrenic Patients*, Vol. 2, No. 3.

Erickson, R.C. (1975). Outcome Studies in Mental Hospitals: A Review. *Psychological Bulletin*, *82*, 519-540.

Fairweather,G.W., Sanders, D.H., Maynard, H. & Cressler, D.L. (1969). *Community Life for the Mentally Ill, An Alternative to Institutional Care*. Chicago, Aldine Publishing Co.

Fairweather, G.W. (1980). *The Fairweather Lodge, A Twenty-Five Year Retrospective*, New Directions for Mental Health Services, No. 7, San Francisco: Jossey Bass Inc.

Fenton, F.R., Tessier, L., Struening, E.L. (1979). A Comparative Trial of Home and Hospital Psychiatric Care: One-Year Follow-Up. *Archives of General Psychiatry*, *36*, 1 073-1 979.

Fenton, F.R., Tessier, L., Struening, E.L., Smith, F.A. & Benoit, C. (1982). *Home and Hospital Psychiatric Treatment*, University of Pittsbury.

Flomenhaft, K., Kaplan, D.M. & Langsley, D.G. (1969). Avoiding Psychiatric Hospitalization, *Social Work*, *16*, 38-45.

Gaston, L. & Hodgins, S. (1983). Services communautaires auprès des patients « chroniques ». *Cahier de recherche No. 4*, Institut Philippe-Pinel de Montréal, Miméographie.

Goofman, E. (1961). *Asylums*. Gardens City, N.Y., Doubleday.

Goldmeir, J., Shore, M.F. & Mannino, F.V. (1977). Cooperative Apartments: New Programs in Community Mental Health. *Health and Social Work*, *2 (1)*, 119-140.

Goldmeir, J. (1975). *New Directions in Aftercare: Cooperative Apartment Living*, Adelphie M.D., National Institute of Mental Health.

Goldmeir, J. (1977). Community Residential Facilities for Former Mental Patients: A Review. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol. 1, No. 4.

Grad, J. & Sainsbury, P. (1966). *Evaluating the Community Psychiatric Service in Chichester: Results In: Evaluating the Effectiveness of Community Mental Health Services*. E.M. Grunberg (ed), New York, Milbank Memorial Fund, pp. 246-278.

Grad, J. & Sainsbury, P. (1968). The Effects That Patients Have on Their Families in a Community Care and a Control Psychiatric Service, A Two Year Follow-Up. *Br. J. Psychiatry, 114*, 265-278.

Gravel, G.-B., Boyer, R. & Lamontagne, Y. (1984). *L'attitude des malades chroniques envers l'hôpital psychiatrique*, Miméographie.

Greenblatt, M., Becerra, R.M. & Seraferinides, E.A. (1982). Social Networks and Mental Health, An Overview. *American Journal Psychiatry, 139, 8*, 977-984.

Greene, L.R. & de la Cruz, A. (1981). Psychiatric Treatment: An Alternative to and Transition from Full-Time Hospitalization. *Comm. Mental Health Journal, 17*, 191-202.

Gruber, J.E. (1982). *Paths and Gates: The Sources of Recidivism and Length of Stay on a Psychiatric Ward Medical care*, Vol. XX, No. 12.

Gruenberg, E. (1967). The Social Breakdown Syndrome, Some Origins. *American Journal Psychiatry, 123*, 1 481-1 489.

Guay, J. (1981). Le réseau social de l'ex-patient psychiatrique. *Revue québécoise de psychologie, 2(3)*, Spécial, octobre, 41-57.

Hammer, M., Makieski-Barrow, S. & Cutwirth, L. (1978). Social Networks and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin 4(4)*, 522-545.

Hersen, M. (1979). *Research Considerations in Partial Hospitalization: A Current Perspective*. Luber R.F. (ed), New York Plenum Press.

Herz, M.I. (1982). Research Overview in Day Treatment. *International Journal of Partial Hospitalization, 1*, 33-44.

Herz, M.I., Endicott, J., Spitzer, R.L. & Mesnikoff (1971). A Day Versus Inpatient Hospitalization: A Controlled Study. *American Journal of Psychology, 127 (10)*, 107-117.

Herz, M.I., Endicott, J. & Gibbon, M. (1979). Brief Hospitalization: Two Year Follow-Up. *Archives of General Psychiatry, 36*, 701-705.

Hospital and Community Psychiatry (1983), Vol. 34, No. 2, Special section on deinstitutionalization, pp. 129-150.

Jenicer, M. & Cleroux, R. (1983). *Épidémiologie*, Edisem St-Hyacinthe, Québec, 454 pages.

Katkin, S., Zimmerman, V. & Rosenthal, J. (1975). Using Volunteer Therapists to Reduce Hospital Readmissions. *Hospital and Community Psychiatry, 26*, 151-153.

Kiesler, C.A. (1982). Mental Hospitals and Alternative Care, Non institutionnalization as Potential Public Policy for Mental Patients. *American Psychologist, 37:4*, 349-360.

Kiesler, C.A. (1982). Public and Professional Myths About Mental Hospitalization, An Empirical Ressessment of Policy-Related Beliefs. *American Psychologist, 37:12*, 1 323-1 339.

Kirk, S.A. (1976). Effectivement of Community Services for Discharged Mental Hospital Patients. *American Journal Ortho-psychiatry, 46*, 646-659.

Klein, D.F. (1980). Psychosocial Treatment of Schizophrenia, or Psychosocial Help for People with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, (6)*, 122-130.

Kris, E.B. (1961). Prevention of Rehospitalization Through Relapse Control in a Day Hospital. In M. Greenblatt et al., (eds), *Mental patients in transition*, Springfield, Ill., Thomas.

Krowinski, W.J. & Fitt, D.X. (1978). *On the Clinical Efficacy and Cost Effectiveness of Psychiatric Partial Hospitalization Versus Traditional Impatient Care with Six Month Follow-Up Date*. Report to Capital Bleu Cross, Reading Hospital and Medical Center, Day Treatment Center.

Lamb, H.R. & Goertzel, V. (1971). Discharged Mental Patients: Are They Really in the Community? *Archives of General Psychiatry, 24*, 29-34.

Lamb, H.R. et al. (1971). *Rehabilitation in Community Mental Health*, San Francisco, Jossey Bass.

Lamb, H.R. (1982). *Treating the Long-Term Mentally Ill*, Jossey Bass, San Francisco, Beyond Deinstitutionalization.

Langsley, D.G., Yarvis, R.M. (1978). The Sacramento Story. In Stein L.I. et Test M.A. (eds), *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, Plenum Press.

Langsley, D.G., Pittman, F.S. et al. (1968). Family Crises Therapy. *Results and implications Family Process, 7*, 145-168.

Langsley, D.G., Flomenhaft, K. & Machotka, P. (1969). Follow-Up Evaluation of Family Crises Therapy. *American Journal Orthopsychiatry, 39*, 753-759.

Langsley, D.G., Machotka, P. & Flomenhaft, K. (1971). Avoyding Mental Hospital Admission: A Follow-Up Study. *American Journal Psychiatry, 127*, 1391-1394.

Lesage, A. & Lamontagne, Y. Vers une redéfinition de la psychiatrie communautaire au Québec. *Canadian Journal of Psychiatry*, (sous presse).

Levenson, A.J., Lord, C.J., Sermas, C.E., Thornby, J.I., Sullender, W. & Comstock B.A. (1977). Acute Schizophrenia: An Efficacious Out-Patient Treatment Approach as an Alternative to Full-Time Hospitalization. *Diseases of the Nervous System*, April, 242-245.

Lewis, D.A., Huji, R. (1981). Therapeutic Stations and the Chronically Treated Mentally Ill. *Social Service Review, 55(2)*, 206-220.

Liberman, R.P. (1982). Assessment of Social Skills. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 8, No. 1.

Linn, M.W., Klett, J. & Caffey, E.M. (1980). Foster Homes Characteristics and Psychiatric Patient Outcome. *Archives of General Psychiatry, 37*, 129-132.

Linn, M.W., Caffey, E.M., Klett, J. & Hogarty, G. (1977). Hospital Versus Community (Foster) Care for Psychiatric Patients. *Archives of General Psychiatry, 34*, 78-83.

Lorei, T.W. & Gurel, L. (1973). Demographic Characteristics as Predictors of Post-Hospital Employment and Readmission. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40:3*, 426-430.

Luber, R.F. (1979). *Partial Hospitalization: A Current Perspective*, N.Y., Plenum Press.

Marx, A.J., Test, M.A. & Stein, D.F. (1977). Extrohospital Management of Severe Mental Illness: Feasibility and Effects of Social Functioning. *Archives of General Psychiatry, 29*, 505-511.

Marzillier, J. (1978). Outcome Studies of Skills Training: A Review. In Trower Peter et al., *Social Skills and Mental Health*, Methuen & Co, London.

Mattes, J. (1982). The Optimal Lenght of Hospitalizations for Psychiatric Patients. *A review of the Literature Hospital and Community Psychiatry, 33:10*, 824-828.

Mc Farlane, W.R., Beels, C.C. & Rosenheck, S. (1983). New Developments in the Family Treatment of Psychotic Desorders. *Psychiatry up date The American Psychiatric Association Annual Review*, Vol. 11, Lester Grinspoon (ed), American Psychiatric Press, Washington, pp. 242-257.

Meltzoff, J. & Blumenthal, R. (1966). *The Day Treatment Center Springfield, Ill.* Charles C. Thomas Publisher.

Mendel, W. (1975). A Flexible and Responsive Non-Hospital Patient Care Program. Chapter in: *The Changing Mental Health Scene*, Hirschowitz R. (ed), Spectrum Publications.

Meyer, H.J. & Borgatta, E.F. (1959). *An Expriment in Mental Patient Rehabilitation*. New York, Russell Sage.

Minkoff, K. (1980). A Map of the Chronic Mental Patient. In J. Talbot (ed), *The Chronic Mental Patient*, A.P.A.

Mitchell, R.E. & Trickett, E.J. (1980). Tack Force Report: Social Networks as Mediators of Social Support, An Analyses of the Effects and Determinants of Social Networks Community. *Mental Health Journal, 16:1*, 27-44.

Mosher, L.R. & Menn, A.Z. (1978). Lowered Carries in the Community: The Soteria Model. In *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, L.I. Stein and M.A. Test (eds). N.Y., Plenum Press, pp. 75-113.

Mosher, L.R. & Keith, S.J. (1980). Psychosocial Treatment: Individual Group, Family and Community Support Approaches. *Schizophrenia Bulletin, 61*, 10-41.

Mosher, L.R. & Menn, A.Z. (1978). Community Residential Treatment for Schizophrenia: Two Year Follow-Up. *Hospital and Community Psychiatry, 29*, 715-723.

Mosher, L.R., Menn, A.Z. & Matthews (1975). Soteria: Evaluation of a Home-Based Treatment for Schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry, 45*, 455-467.

Moskowitz, I. (1980). The Effectiveness of Day Hospital Treatment: A Review. *Journal of Community Psychology, 8*, 155-164.

Murphy, H.B.M., Pennee, B. & Luchens, D. (1972). *Les foyers nourriciers: une nouvelle arrière-boutique?* Supplément No. 71 de l'hygiène mentale au Canada.

Nelson, R.O. (1981). Realistic Dependent Measures for Clinical Use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49(2)*, 168-182.

Pasamanick, B., Scarpitti, F. & Dinitz, S. (1967). *Schizophrenics in the Community, An Experimental Study, in the Prevention of Hospitalization*, N.Y., Appleton Century Crofts.

Paul, G.L. & Lenz, R.J. (1977). *Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patients*. Cambridge, Mass., Harvard University Press.

Polak, P.R. (1978). An Comprehensive System of Alternative to Psychiatry Hospitalizations. In *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, L.I. Stein and M.A. Test (eds), N.Y., Plenum Press, 115-137.

Polak, P.R., Kirby, M. (1976). A Model to Replace Psychiatric Hospitals. *J. Nerv. Ment. Dis., 162*, 13-22.

Quider, M. & Got, R. (1982). *Marginaux de la santé. La réadaptation sociale en psychiatrie*. Les éditions E.S.F., Paris.

Rabiner, E.L., Wells, C.F., Struening, E., Schmeidler, J. (1983). Toward a Holistic Model for Predicting Community Re-Entry Performance. *American Journal of Orthopsychiatry, 53:2*, 303-314.

Rapoport, R.N. (1974). *La communauté thérapeutique*, F. Maspero, Paris.

Riesman, C.K., Rabkin, J.G. & Struening, E.L. (1977). Brief versus Standard Hospitalization: A Critical Review of the Literature. *Com. Mental Health Review, 2*, 2-10.

Rosenblatt, A. & Mayer, J.E. (1974). The Recidivism of Mental Patients: A Review of Past Studies. *American Journal of Orthopsychiatry, 44*, 697-706.

Rowley, D. (1982). *Ressources alternatives en santé mentale*. Travail présenté au secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec.

Rutman, I.D. (1971). *Preventing Chronicity: A Study of Three Alternatives*. Unpublished report, Hill House, Philadelphia.

Sackett, D.L. (1974). *Evaluation of Innovative Community Ambulatory Care Programs During Periods of Social Change*. Hasting Commission Publications, Canadian Public Health Association.

Schooler, C. & Spohn, H.E. (1982). Social Dysfunction and Treatment Failure in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 8, No. 2.

Schulberg, H.C., Becker, A., McGrath, M. (1976). Planning the Phasedown of Mental Hospitals. *Community Mental Health Journal, 12, 1*, 3-12.

Segal, S.P. & Aviram, U. (1978). *The Mentally Ill in Community*. Based Sheltered Care, John Wiley & Sons, N.Y.

Sheldon, A. (1964). An Evaluation of Psychiatric Aftercare. *British Journal of Psychiatry, 110*, 662-667.

Siegel, L.M., Attkisson, C.C., Carson, L.G. (1978). Need Identification and Program Planning in the Community Context. In C.C. Attkisson, W.A. Hargreaves, M.J. Horowritz, J.E. Sorensen, *Evaluation of Humon Service Programs*. Academic press, p. 223.

Stack, L.C. (1975). Ecological Factors Related to First Psychiatric Admissions. *Journal of Community Psychiatry, (3)*, 215-223.

Stein, L.I. & Test, M.A. (1978). *Alternatives to Mental Hospital Treatment*. Plenum Press, N.Y. and London.

Stein, L.I. & Test, M.A. (1980). Alternatives to Mental Hospital Treatment I Conceptual Model, Treatment Program and Clinical Evaluation. *Arch. Gen. Psychiatry, 37*, 392-397.

Straw, R.B. (1982). *Meta-Analyses of Deinstitutionalization in Mental Health*. Unpublished doctoral dissertation, North Western University.

Suchman, E.A. (1967). *Evaluative Research Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs*. N.Y., Russell Sage Foundation.

Tessler, R.C. & Goldman, H.H. (1982). *The Chronically Mentally Ill: Assessing Community Support Programs*. Ballinger Publishing Company Cambridge Massachusetts, A Subsidiary of Harper & Row Publishers Inc.

Tessler, R.C., Bernstern, A.G., Rosen, B.M. (1982). The Chronically Mentally Ill. *Community Support Systems Hospital and Community Psychiatry, 33(3)*.

Test, M.A. & Stein, L.I. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment III. *Social Costs, Arch. Gen. Psychiatry, 37*, 409-412.

Test, M.A. & Stein, L. (1978). Community Treatment of the Chronic Patient: Research Overview. *Schizophrenia Bulletin*, Special Issue on Community Support Systems.

The Young Adult Chronic Patient (1982). *New Directions for Mental Health Services*, No. 14, Jossey Bass Inc.

Turner, J.C. (1980). Community Support Program Update. *Innovations*, Vol. 7, No. 2.

Turner, J.C. & Shefren I. (1979). Community Support Systems: How Comprehensive? *New Directions for Mental Health Services, 2*, 1-23.

Turner, J.C. (1977). Comprehensive Community Support Systems for Sercrely Mentally Disabled Adults. *Psychological Rehabilitation Journal, 1*, 39-47.

Vaughn, C.E. & Leff, J.P. (1976). The Influence of Family and Social Factors in the Course of Psychiatric Illness. *British Journal of Psychiatry, 129*, 125-137.

Vaughn, C.E. & al. (1982). Family Factors in Schizophrenic Relapse: A Replication. *Schizophrenia Bulletin, 8 (2)*, 425-426.

Wallace, C.J. & al. (1980). A Review and Critique of Social Skills Training with Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin, 6(1)*.

Wallot, H. (1980). La problématique de la désinstitutionnalisation aux U.S.A. *L'information psychiatrique, 56:8*, 949-965.

Washburn, S., Vannicelli, M., Longabaugh, R. & Scheff, B.J. (1976). A Controlled Comparison of Psychiatric Day Treatment and Inpatient Hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*, 665-675.

Watson, C.G., Fulton, J.R. & Gurel, L. (1975). Project Anchor: A Study of an Unsuccessful Volunteer Program to Help Former Patients. *Hospital and Community Psychiatry, 26*, 146-151.

Weisbrod, B.A., Test, M.A. & Stein, L.I. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment II, Economic Cost-Benefit Analyses. *Arch. Gen. Psychiatry, 37*, 400-405.

Weiss, K.J. & Dubin, W.R. (1982). Partial Hospitalization: State of the Art. *Hosp. and Community Psychiatry*, Vol. 33, No. 11.

Wilder, J.F., Levin, G. & Zwerling, G.I. (1966). A Two-Year Follow-Up Evaluation of Acute Psychotic Patients Treated in a Day Hospital. *American Journal of Psychiatry, 122*, 1 095-1 111.

Wing, J.K. & Morris, B. (eds) (1981). *Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice*, London, Oxford University Press.

Wing, J.K. (1978). Planning and Evaluating Services for Chronically Handicapped Psychiatric Patients in the United Kingdom. In *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, L.I. Stein and M.A. Test (eds), N.Y., Plenum Press.

Wolkon, G.H., Karmen, M. & Tanaka, H.T. (1971). Evaluation of a Social Habilitation Program for Recently Released Psychiatric Patients. *Community Mental Health Journal, 7(4)*, 312-322.

Liste des remerciements

Les auteurs de cet Avis remercient toutes celles et tous ceux qui les ont appuyés dans leur travail.

Ils adressent des remerciements très particuliers aux personnes qui ont procédé pour eux à une importante recension d'écrits pour leur ouvrage, ainsi qu'à une analyse et à une synthèse de ces écrits. Ces remerciements sont adressés à :

Madame Johanne Dompierre
Madame Amparo Garcia
Monsieur Jean Toupin
et Madame Thérèse Dostie

Ils remercient très cordialement aussi toutes celles et tous ceux qui leur ont communiqué de l'information dans le cadre de la consultation qu'ils ont menée auprès du réseau des Affaires sociales, des départements universitaires, des associations, des corporations et de la population sur l'objet de leur recherche. Ces remerciements sont plus spécifiquement adressés à (ou au(x)) :

— La Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec.
— La Corporation professionnelle des psychologues du Québec.
— La Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.
— M. Yvon-Robert Lavoie, du Service d'orientation et de réadaptation professionnelles à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
— M. Michel Mongeon, consultant au D.S.C. de l'Hôpital Sainte-Justine.
— Infirmiers, infirmières, infirmiers et infirmières auxiliaires du Département d'admission du Centre psychiatrique de Roberval.
— Psychologues du Centre psychiatrique de Roberval.
— Dr Sheilagh Hodgins, Ph. D., Directrice du Service de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.
— Madame Louise LaRue, Coordonnatrice du Projet-Nord au Centre hospitalier de l'Université Laval.
— Dr Bernard Magnan, m.d., Directeur des services professionnels au Centre hospitalier Pierre-Boucher.
— L'Association des Hôpitaux du Québec.

— Départements de santé communautaire de l'Hôpital de Chicoutimi et de l'Hôpital de Roberval.
— des intervenants du C.L.S.C. des Grands-Bois et des parents de l'Association des parents 0-5 ans de Chapais et Chibougamau.
— C.L.S.C. Saguenay-Nord.
— des intervenants psychosociaux du C.L.S.C. Châteauguay et Madame Claudine Laurin, Responsable de la ressource alternative « La maison sous les arbres » de Châteauguay.
— Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
— L'Association des centres de services sociaux du Québec.
— Madame Marie Leclerc, du Service de Condition féminine au ministère des Affaires sociales du Québec.
— Madame Laurette Champigny-Robillard, Présidente de l'Office des personnes handicapées du Québec.
— l'École de psycho-éducation de l'Université de Montréal.
— Groupe de recherche sur les pratiques de réseaux de l'École de service social de l'Université de Montréal.
— l'Association québécoise des parents et amis du malade mental — Section Rive-Sud (AQPAMM-RS).
— Madame Micheline Côté, Présidente de l'Association « Psycohésion » de Valleyfield.
— Dr J.-Luc Perron, m.d., psychiatre à Saint-Georges-Ouest.
— Dr Marc Grenier, m.d., de la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé au ministère des Affaires sociales du Québec.

Ils remercient Monsieur Christian Boutet pour la synthèse qu'il fit de toute l'information reçue dans le cadre de cette consultation.

Ils tiennent aussi à exprimer leur reconnaissance pour le support reçu

— au Dr Isaac Marks de l'« Institute of Psychiatry » de Londres.
— au Dr Melvin Sabshin de l'« American Psychiatric Association ».
— au Dr Stephen Goldston, Directeur de l'« Office of Prevention », au « National Institute of Mental Health (NIMH) ».
— au Dr E.L. Struening, du « New York State Office of Mental Health » et de l'Université Columbia.
— au Dr Neil Brown, Directeur de la « Community Support and Rehabilitation Branch » au « National Institute of Mental Health (NIMH) ».

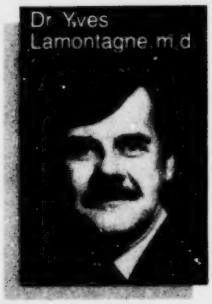
— au Dr George W. Albee, de l'Université du Vermont.
— au Dr Emory L. Cowen, de l'Université de Rochester.
— au Dr David R. Offord, de l'Université McMaster.
— au ministère des Services communautaires et sociaux de l'Ontario.
— au ministère de la Santé de l'Ontario.
— au ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada.
— aux Drs Thornton et Shaw du « Clark Institute of Psychiatry » de Toronto.

Ils remercient Monsieur Pierre Vendette, Secrétaire du Comité de la santé mentale du Québec, pour sa participation à toutes les réunions du Groupe de travail responsable de la préparation de cet Avis et pour ses diverses et nombreuses contributions à la préparation et à la mise en forme du texte de cet Avis.

Ils remercient une fois encore le docteur Marc Grenier pour sa participation à la révision de la forme du texte final de cet Avis.

Ils désirent enfin remercier nommément pour leur appui à la préparation et à la mise en forme de cet Avis les personnes et entités suivantes:

— le Centre hospitalier Côte-des-Neiges.
— la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé, ainsi que le Service aux communautés autochtones de la Direction « Liaison avec les régions périphériques » du ministère des Affaires sociales.
— Mesdames Monique Ingels et Marie-Josée Lessard, étudiantes graduées en psychologie.
— Messieurs Camil Lemire et Marc Custeau, bibliothécaires.
— Mesdames Colombe Barbeau, Diane Berthelet, Anne Duclos, Maude Dubois et Dolorès Nolet-Gosselin, secrétaires.



Psychiatre
Centre de recherche
Hôpital Louis-H.
Lafontaine

Ph.D. (psychologie)
Université Laval

M.S.S., M. Phil.
Centre de services
sociaux du Montréal-
Métropolitain

Ce document présente un résumé des tomes II, III et IV de l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur l'efficacité des interventions en santé mentale. Il contient les recommandations de ce Comité sur le sujet et une importante bibliographie.

Conçu pour permettre à un plus large public de prendre rapidement connaissance des grandes lignes de l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur l'efficacité des interventions en santé mentale, ce texte saura intéresser tous ceux et toutes celles que préoccupe l'efficacité de la prévention, du traitement, du support dans la communauté et de la réadaptation en santé mentale auprès de la population adulte. Compte tenu de la nature des recommandations qu'il véhicule, il saura aussi intéresser tous ceux et toutes celles qui portent intérêt à la recherche, à la formation et à la distribution des services en santé mentale.

Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales

Imprimé au Québec, Can

Volume

2

Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale

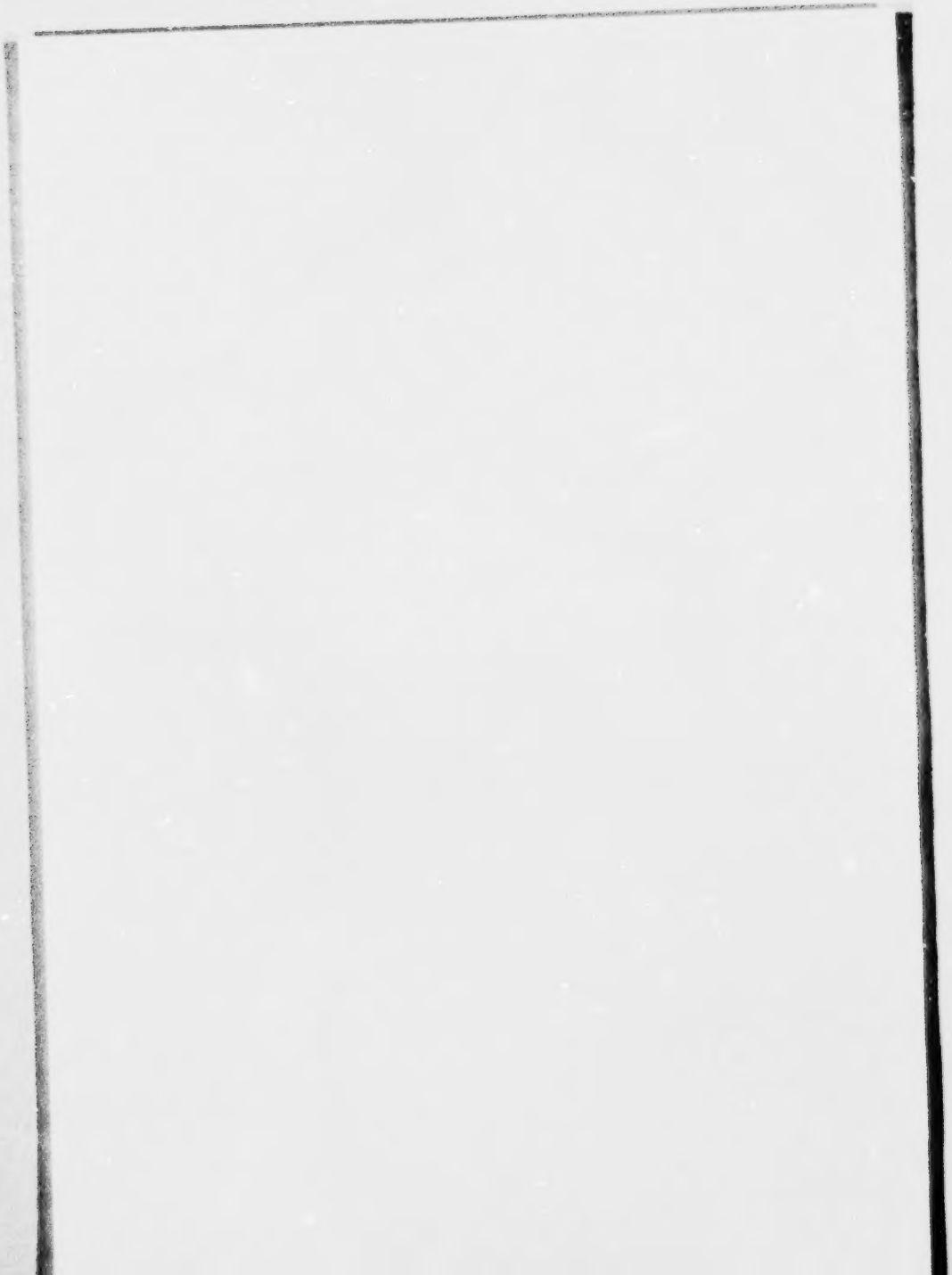
LA SANTÉ MENTALE

PRÉVENIR, TRAITER ET RÉADAPTER EFFICACEMENT

2 L'EFFICACITÉ DE LA PRÉVENTION

AVIS
Comité de la santé mentale du Québec
AVIS

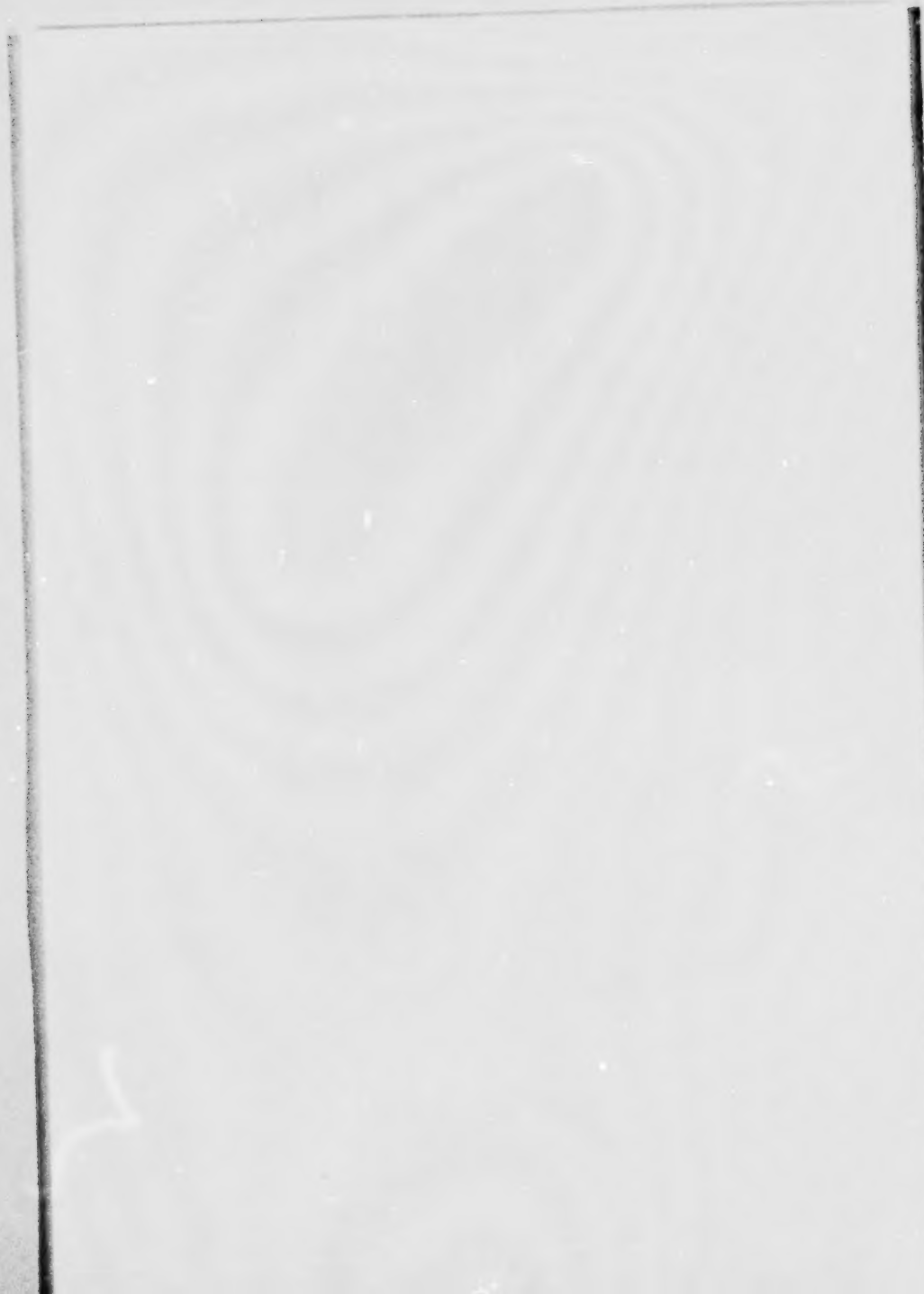
Québec



LA SANTÉ MENTALE

PRÉVENIR, TRAITER ET
RÉADAPTER EFFICACEMENT

2 L'EFFICACITÉ DE LA PRÉVENTION



LA SANTÉ MENTALE

PRÉVENIR, TRAITER ET
RÉADAPTER EFFICACEMENT

2 L'EFFICACITÉ DE LA PRÉVENTION

Québec

Cette publication a été produite par
la Direction générale des publications
gouvernementales

Dépôt légal — 2e trimestre 1985
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-551-09061-X

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Note aux lecteurs XI

Remerciements XV

Introduction 1

Chapitre 1
Qu'est-ce que la prévention primaire? 3
Quelques notions fondamentales 4
Les clientèles cibles des programmes de prévention 6
Les modèles théoriques sous-jacents aux programmes de prévention 9
1. Les modèles biomédicaux 9
2. Le modèle de la santé communautaire 11
3. Le modèle écologique 14
4. Conclusions sur les modèles de prévention 17
Les stratégies d'intervention en prévention primaire 17

Chapitre 2
La recension des programmes évalués 21
Approche évaluative 21
Mode d'inventaire des données sur les programmes évalués 24
Mode de classification des programmes 25
La prévention réactive. Clientèle cible: les individus 26
1. Programmes s'adressant à des personnes pouvant être aux prises avec des difficultés liées à des facteurs de risque ou avec une maladie mentale d'étiologie inconnue 26
1.1 Vulnérabilité à la schizophrénie 26
1.2 Vulnérabilité à la dépression 26
1.2.1 Stoppard et Thompson (1982). Protocole expérimental 26
1.2.2 Munoz, Glish, Soo-Hoo et Robertson (1982). Protocole quasi expérimental 28
1.2.3 Kelly (1982). Rapport descriptif 29

1.3 Vulnérabilité à la violence familiale et conjugale **30**
1.3.1 Gray, Culter, Dean et Kempe (1977). Protocole expérimental **31**
1.3.2 Jaffe, Thompson et Paquin (1978). Protocole pré-expérimental **31**
1.4 Vulnérabilité à l'abus d'alcool et de drogue **33**
1.4.1 Wallack (1981). Écrit-synthèse **33**
1.4.2 Whitehead (1979). Écrit-synthèse **35**
1.5 Conclusions générales **37**
2. Programmes s'adressant à des personnes pouvant être aux prises avec des difficultés découlant d'événements stressants dans leur vie personnelle **39**
2.1 La séparation ou le divorce **39**
2.1.1 Bloom, Hodges et Caldwell (1982). Protocole expérimental **39**
2.1.2 Wertieb (1979). Rapport descriptif **41**
2.2 Le décès du conjoint ou d'un membre de la famille **42**
2.2.1 Le groupe de Williams et Polak, Egan, Vandenbergh et Williams (1975), Williams, Lee et Polak, (1976), Williams et Polak, (1979). Protocoles expérimentaux **42**
2.2.2 Raphaël (1977). Protocole expérimental **43**
2.2.3 Vachon, Lyall, Rogers, Freedman et Freeman (1980). Protocole expérimental **44**
2.2.4 Videka-Sherman (1982). Protocole quasi expérimental **44**
2.2.5 McCourt, Barnett, Brennen et Becker (1976). Protocole pré-expérimental **45**
2.3 Les tentatives de suicide **46**
2.3.1 Bagley (1968). Protocole quasi expérimental **46**
2.3.2 Roberge (1982). Protocole pré-expérimental **46**
2.3.3 Bloom, Seymour, Halleck, Rice, Ryan et Madison (1969). Protocole quasi expérimental **47**
2.3.4 Eastwood, Brill et Brown (1976). Écrit-synthèse **48**
2.3.5 Clum, Patsiokas et Luscomb (1979). Écrit-synthèse **49**
2.4 Les crises multiples **51**
2.4.1 Roskin (1982). Protocole quasi expérimental **51**
2.5 Conclusions générales **51**

La prévention réactive. Clientèle cible: les environnements ou les communautés 52

1. Programmes s'intéressant aux environnements menaçants 53
   1.1 Facteurs économiques 53
   1.2 Climat social 53
   1.3 Environnement physique 54
2. Programmes s'intéressant aux environnements aux prises avec des difficultés 54
   2.1 Cromer et Burns (1982). Rapport descriptif 55
3. Conclusions 56

La promotion de la santé mentale 56

1. Promotion auprès des individus 56
   1.1 Les femmes 56
      1.1.1 Tableman, Marciniak, Johnson et Rodgers (1982). Protocole quasi expérimental 56
      1.1.2 Currie (1983). Protocole pré-expérimental 57
      1.1.3 Hodgson (1984). Protocole quasi expérimental 58
      1.1.4 O'Connor, Vietze, Sherrod, Sandler, Altemeier (1982). Protocole expérimental 59
      1.1.5 Siegel, Bauman, Schaefer, Saunders, Ingram (1980). Protocole expérimental 59
      1.1.6 Broussard (1976). Protocole quasi expérimental 60
   1.2 Les étudiants de niveau collégial ou universitaire 60
      1.2.1 Bloom (1971). Protocole expérimental 60
   1.3 Conclusions générales sur les programmes de promotion auprès des individus 61
2. Promotion auprès des couples et des familles 62
   2.1 Les couples 62
      2.1.1 Olson (1983). Écrit-synthèse 62
      2.1.2 Bader, Sinclair (1983). Écrit-synthèse 63
      2.1.3 Wackman (1983). Écrit-synthèse 63
   2.2 Les familles 64
      2.2.1 Spoon et Southwick (1972). Protocole pré-expérimental 64
      2.2.2 Wackman (1983). Écrit-synthèse 65
      2.2.3 Sawin (1983). Rapport descriptif 65

2.3 Les parents **65**

2.3.1 McGuire et Gottieb (1979). Protocole expérimental **66**

2.3.2 Wandersman (1978, 1980, 1982). Protocole quasi-expérimental **66**

2.3.3 Kagey, Vivace & Lutz (1981). Protocole pré-expérimental **67**

3. Promotion auprès des communautés ou des environnements **68**

3.1 L'éducation **69**

3.1.1 Schanie et Sundel (1978). Protocole quasi expérimental **69**

3.2 L'organisation communautaire **70**

3.2.1 Pilisuk, Parks, Kelly et Turner (1982). Rapport descriptif **70**

3.2.2 Saunders (1979). Rapport descriptif **71**

3.2.3 Naparstek, Biegel et Spiro (1982). Rapport descriptif **72**

3.3 L'approche éducation et animation communautaire **73**

3.3.1 Lloyd-Kolkin et Hunter (1982), Klibanoff, Hersey et Probst (1983). Protocole quasi expérimental **73**

3.4 Conclusions **75**

Chapitre 3

Conclusions et recommandations **77**

1. Conclusions **77**
2. Recommandations **81**

A) Recommandations spécifiques ayant trait à la recherche **81**

B) Recommandations spécifiques ayant trait à l'éducation **82**

C) Recommandations spécifiques ayant trait à la distribution des services **83**

Appendice
Banques de données bibliographiques 87

Bibliographie 89

Liste des remerciements 89

Note aux lecteurs

Cet Avis a été développé à la demande du ministre des Affaires sociales du Québec en vue de faciliter le développement d'une politique de santé mentale. D'autres rapports visant la même fin ont en même temps été mis au point par le Comité de la santé mentale du Québec. Ils portent sur

— la notion de santé mentale,
— les expériences étrangères en santé mentale,
— la protection et le développement de la santé mentale des jeunes,
— et les ressources alternatives en santé mentale.

En regard de ce projet du Québec de se doter d'une politique de santé mentale, il convenait certes de faire le point sur l'efficacité des moyens auxquels ont recours les intervenants en santé mentale et d'amasser quelques autres données susceptibles de suggérer pour le moins des études d'efficience dans ce secteur.

L'importance de l'efficacité et de l'efficience en santé est de plus en plus reconnue, ici et ailleurs. C'est ainsi que des collègues belges — qui ont récemment procédé à une évaluation du système de santé de leur pays — présentent comme suit dans leur rapport[1] les critères sur lesquels ils ont cru bon de s'appuyer pour faire leur évaluation :

> « Notre bilan sera donc présenté selon les critères suivants : Nous attendons de notre système de santé,
>
> 1. qu'il soit juste dans ses résultats et tende à réduire les inégalités sociales face à la santé
> 2. qu'il soit adapté à l'être humain, c'est-à-dire qu'il soit à la fois « chaleureux » et favorable à l'autonomie de la personne humaine
> 3. qu'il soit efficace et efficient. »

1 Comité du Germ : « 1945-1984 : Vers une politique de santé ? Un bilan de notre système de santé », dans *Les Cahiers du Germ*, no 178, 1984.

Revenant sur ces critères, ils précisent ailleurs le sens qu'ils accordent aux concepts d'efficacité et d'efficience:

> « Nous attendons de notre système de santé qu'il soit juste socialement, qu'il soit adapté à l'être humain, mais aussi bien sûr qu'il contribue à améliorer la santé de la population (c'est-à-dire qu'il soit « efficace ») et ce au moindre coût (c'est-à-dire qu'il soit « efficient ») ».

Cet Avis — que composent quatre documents[2] — est l'oeuvre principalement de trois des membres du Comité de la santé mentale du Québec, soit du Dr Yves Lamontagne, Directeur du Centre de recherche psychiatrique à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, du Dr Francine Lavoie, Professeure de psychologie à l'Université Laval, et de madame Lise Tessier, Conseillère cadre au Service de la planification et de la programmation du Centre de services sociaux du Montréal-Métropolitain.

Le Comité de la santé mentale du Québec a été créé en 1971. Il a pour mandat général de coopérer à la réalisation des activités de planification dont le ministère des Affaires sociales a la responsabilité dans le champ de la santé mentale. Ses membres sont nommés par le gouvernement du Québec. Ils proviennent du secteur des Affaires sociales, des universités, et incluent des représentants des utilisateurs des services de santé mentale et de leurs familles.

Au moment de l'achèvement de cet Avis sur l'efficacité des modes d'intervention en santé mentale, le Comité est composé comme suit:

Gaston Harnois, président,
Roger Paquet, vice-président,
Ellen Corin,
Nicole Fontaine,
Christine Gourgue,
Frédéric Grunberg,
Michelle FitzGerald,

---

2 Comité de la santé mentale du Québec, *La santé mentale: prévenir, traiter et réadapter efficacement — Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale*

1- Synthèse et recommandations
2- L'efficacité de la prévention
3 L'efficacité du traitement
4- L'efficacité de la réadaptation

Éditeur officiel du Québec, 1985.

Laurent Houde,
Mireille Lajoie,
Yves Lamontagne,
Francine Lavoie,
Maurice Roy,
Guylaine Séguin-Tremblay
et Lise Tessier.
Enfin, Pierre Vendette agit à titre de secrétaire du Comité.

Gaston Harnois

Le 1er janvier 1985

Remerciements

Les principaux auteurs de cet Avis ont bénéficié de très nombreux et très précieux appuis pour sa préparation. On trouvera, à la fin de ce document, une longue liste de personnes et d'organisations auxquelles ils adressent des remerciements. Certaines collaborations ne pouvant être mentionnées pour diverses raisons, les auteurs n'en adressent pas moins à ceux qui en furent responsables l'expression de leur vive reconnaissance.

Introduction

Toute politique de la santé mentale doit tenir à une volonté d'extirper à leurs sources les divers problèmes ainsi qu'à un désir d'assurer le développement des personnes. Ainsi, les programmes de prévention trouveront leur place à côté des programmes de traitement et des programmes de réinsertion, même en ce qui concerne la clientèle adulte. En effet, on associe trop souvent la prévention à la clientèle enfantine ou adolescente, ce qui amène à négliger le potentiel d'une approche préventive auprès des adultes.

Cet ouvrage se veut donc une synthèse des diverses possibilités de programmes de prévention primaire pour adultes et une analyse critique de leur efficacité. L'objectif principal est de souligner les pistes à retenir dans le développement d'une politique en santé mentale. Il est certain que le seul jugement scientifique sur l'efficacité d'un programme ne peut suffire à le faire adopter dans une politique. Il va de soi que d'autres critères, comme l'attrait et l'intérêt de la clientèle visée, le coût, le contexte culturel, l'impact social, etc., doivent être considérés. Lorsque ce sera possible, ces éléments seront intégrés dans la discussion.

L'ouvrage se divise en trois parties. Il y a d'abord la présentation des notions de prévention, puis la recension des recherches évaluatives en prévention et finalement la discussion où sont présentées diverses recommandations. Le plus souvent, nous nous sommes référés dans la recension aux articles originaux, mais nous recourons aussi à des écrits synthèses.

Chapitre 1

Qu'est-ce que la prévention primaire?

Cette première partie vise à préciser le sens des notions retenues et à situer les activités de prévention dans un certain cadre historique et théorique.

Car rien n'est simple dans le domaine de la prévention. L'analogie de Kessler et Albee (1975) nous fournit une image assez exacte de la situation actuelle dans ce domaine.

> « Le domaine de la prévention primaire présente, à plusieurs points de vue, une analogie avec le fameux Okefenokee Swamp. Présentant, de loin, un certain attrait, et ce, particulièrement, à partir d'une vue aérienne, il entraîne l'aventurier dans des marécages — dans des régions inexplorées et impénétrables. Il y a des ilôts de terre ferme, des secteurs de beauté rare, mais aussi des dangers imprévus et des êtres humains qui se livrent à des actes de violence. Néanmoins, si en explorant la région on parvient à survivre, le site devient attrayant même en dépit de l'environnement hasardeux. Entre-temps, le reste du monde continue à vivre avec indifférence ou dans l'ignorance[1] ». (p. 558) (Traduction).

Nous tenterons donc d'identifier ce qui émerge de ce vaste domaine, c'est-à-dire les définitions de la prévention, les modèles théoriques et les stratégies d'intervention.

Le concept de prévention est une idée provenant originellement du mouvement d'hygiène mentale datant de la première décennie du XX• siècle et dont le pionnier est Clifford Beers. Mais c'est tout le mouvement de la santé mentale communautaire, dont Caplan est l'un des principaux artisans, qui a mis l'accent sur la nécessité d'adopter des mesures préventives en santé mentale.

Cet intérêt a pris de plus en plus d'ampleur et trouve son explication selon Cowen (1980) dans le fait que l'orientation, les activités et les interventions effectuées jusqu'à présent dans le

1 Les citations anglaises qui figuraient dans la version originale de ce document ont été traduites avec le concours de madame Diana Lojacono et nous la remercions pour sa collaboration.

domaine de la santé mentale se sont avérées peu efficaces autant au niveau de l'individu que de l'ensemble de la société:

> « Nous sommes devenus de plus en plus conscients et alarmés (a) de la frustration et du pessimisme que comportent les tentatives en vue de réparer le tort psychologique, une fois qu'un certain point critique est atteint; (b) des coûts, de la longueur et des limites culturelles de nos approches en santé mentale ainsi que de la non-disponibilité et de l'inefficacité face à d'importants secteurs de la société qui se trouvent en grand besoin. (Cowen, 1973; Faris & Dunham, 1939; Hollingshead & Redlich, 1958; Lorion, 1973, 1974; President's Commission Report, 1978; Reiff, 1967; Ryan, 1969; Sanua, 1966; Srole, Langner, Michael, Opler & Rennie, 1962; Zax & Cowen, 1976). » (p. 259) (Traduction) ».

Une autre explication est proposée par Albee (1968). En effet, ce dernier confirme que le nombre même des intervenants professionnels s'avère insuffisant pour répondre aux besoins en santé mentale de la population. Tenant compte du fait qu'entre 5 % et 20 %[2] des gens ont des problèmes de santé mentale nécessitant en théorie le recours à un intervenant professionnel, c'est-à-dire ayant une certaine gravité, il est facile de comprendre que même si les interventions traditionnelles s'avéraient efficaces, elles ne pourraient être dispensées qu'à un petit nombre de personnes.

D'où l'urgence d'arriver à développer de nouvelles stratégies, la prévention étant l'une de celles-ci (Heller et Monahan, 1977).

On revit donc au niveau de la santé mentale ce qu'a connu la médecine lors du développement du modèle de la santé publique. Dans le domaine de la santé mentale, tout comme dans celui de la santé physique, certains reconnaissent que le traitement des victimes n'a jamais prévenu les problèmes de santé et qu'il faut donc travailler concrètement et directement à la prévention (Bloom, 1979; Goldston, 1977).

Quelques notions fondamentales

Caplan (1964) est le premier à proposer une définition plus systématique des efforts entrepris en prévention qu'il regroupe sous trois catégories: prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire. Il définit la prévention primaire comme étant une tentative de réduire le taux d'apparition de nouveaux cas de désordres mentaux dans la population en s'attaquant à certaines causes avant qu'elles n'aient l'occasion de conduire à la maladie. Trois ans

2 Ces chiffres varient selon le mode de mesure des problèmes de santé mentale.

plus tard, Caplan suggère une définition élargie de la prévention primaire incluant non seulement le désordre mental mais également l'incapacité ou la dysfonction; il signale que l'intervention doit mettre l'accent à la fois sur la modification de l'environnement et le renforcement des capacités individuelles de façon à pouvoir mieux affronter les situations (Caplan et Grunebaum, 1967). Ainsi la prévention primaire vise à réduire le taux d'incidence de nouveaux cas de troubles mentaux ou de problèmes psychosociaux dans une population en empêchant les désordres de survenir ou en réduisant la probabilité d'apparition de ceux-ci. Sous cette dénomination, deux aspects différents coexistent:

a) les efforts visant à transformer un environnement stressant;
b) les efforts visant à renforcer l'habileté de l'individu à affronter le stress.

Selon Caplan, la prévention secondaire vise à réduire le taux de prévalence (i.e. nombre de cas existants) d'un désordre ou d'une dysfonction. Ce type de prévention inclut le dépistage et l'identification précoce et un traitement actif des premières atteintes. D'après Cowen (1983), elle tente également de diminuer la durée d'un problème.

La prévention tertiaire vise quant à elle à réduire les effets ou les séquelles survenant à la suite de désordres ou de dysfonctions, et correspond à la réadaptation (Caplan). L'Organisation mondiale de la santé rapporte qu'elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au minimum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie (Soulé et Noël, 1984).

Malgré l'effort entrepris par Caplan, la confusion persiste au niveau de la notion de prévention en santé mentale à cause d'une compréhension inadéquate des concepts de base (Caplan, 1964; De Wild, 1981) ou d'un manque d'accord sur la nature de la prévention des désordres mentaux (Cowen, 1982; Klein et Goldston, 1977; Saunders, 1979). Face à cette confusion, le sociologue Wagenfeld (1972) préconise le retour à la classification utilisée antérieurement à savoir la prévention, le traitement et la réadaptation, ce qui restreindrait l'emploi de l'expression prévention aux activités dites de prévention primaire d'après Caplan. Mais l'usage n'a pas retenu cette proposition et on retrouve les deux classifications. Il faut donc toujours vérifier de quel type de prévention on fait mention. Car même s'il existe une entente entre les auteurs en ce qui concerne les trois types de prévention, plusieurs programmes, par exemple,

prétendent faire de la prévention primaire, alors qu'il s'agit en fait de prévention secondaire (Cowen, 1982). Cowen a dégagé trois exigences structureiles pour qu'un programme puisse revendiquer l'appellation de prévention primaire, ce qui peut éclairer notre réflexion.

1. le programme doit s'adresser à un groupe ou à une masse d'individus plutôt qu'à un individu; cependant certaines activités peuvent impliquer des contacts individuels;
2. le programme doit intervenir avant la situation-problème, c'est-à-dire être orienté vers des personnes n'ayant pas encore vécu une mésadaptation; par contre elles peuvent constituer des personnes à risque compte tenu de leurs situations de vie ou de leurs expériences récentes;
3. le programme doit s'appuyer sur de solides connaissances, de telle sorte qu'il ait le potentiel d'améliorer la santé psychologique ou de prévenir une mésadaptation.

Dans le cadre de ce travail, seuls les travaux portant sur la prévention primaire seront commentés.

Il faut toutefois noter qu'il peut y avoir divers types de prévention primaire et donc de programmes d'intervention. Les principales variations découlent des cibles retenues pour l'intervention, des modèles théoriques et des stratégies.

Les clientèles cibles des programmes de prévention

Afin de mieux comprendre la variété des programmes de prévention primaire, nous envisagerons d'abord la diversité potentielle des cibles.

Comme le montre le tableau 1, la cible peut être un groupe d'individus. Il s'agit de l'approche la plus fréquente qui peut s'adresser à trois types d'individus. Il y a des individus ayant des problèmes d'origine organique qui mènent à des dysfonctions du comportement (par exemple, l'empoisonnement, la syphilis). Dans ce cas, la prévention tente d'empêcher l'émergence des désordres mentaux en éliminant les causes de la maladie avant que les individus n'y soient exposés. Pour certains désordres mentaux, il existe une évidence scientifique suffisante pour être en mesure de faire ce type de prévention. Ces désordres mentaux incluent à la fois des syndromes aigus ou chroniques du cerveau dont les causes sont soit (1) un empoisonnement par certaines substances (ex.: peinture à base de plomb), (2) des infections (ex.: encéphalite, rubéole, syphilis), (3) des maladies génétiques (ex.: Pky, galactosémie), (4) des déficien-

ces nutritionnelles (ex.: béribéri, pellagre), (5) des maladies du système général (ex.: crétinisme, érythroblastose du foetus), (6) des accidents et autres traumatismes physiques.

Les professionnels de la santé mentale ne sont cependant pas concernés à ce niveau, la prévention primaire de ces maladies relevant du domaine de la santé publique et des agences environnementales de protection. C'est pourquoi aucun programme de ce type de prévention ne sera évalué dans ce rapport, quoiqu'il serait intéressant que des spécialistes en sciences humaines se penchent sur les résistances à induire un changement ou à faire une intervention (par exemple, le retrait du plomb) lorsque le lien causal est clairement établi mais que l'implantation d'actions préventives laisse à désirer.

Il y a par ailleurs des individus aux prises avec des difficultés à cause d'une certaine vulnérabilité provenant des facteurs de risque ou encore à cause d'événements dans leur vie personnelle. Il y a, d'autre part, des individus bien portants voulant se prémunir contre des difficultés ou encore, voulant avoir une meilleure qualité de vie. Ces diverses personnes peuvent bénéficier d'une approche préventive.

Par ailleurs, la cible peut également être un environnement, c'est-à-dire un lieu, un quartier ou une communauté précise. Il peut y avoir des environnements menaçants pour les gens qui y habitent, par exemple, à cause de la pollution, de la surpopulation, etc. Comme dans le cas des individus, les environnements peuvent être aux prises avec des difficultés. Cela peut résulter de l'accumulation de facteurs de risque, comme la pauvreté, un indice élevé de criminalité, un climat social négatif, ou encore, provenir d'événements particuliers, comme l'implantation d'une maison de transition pour personnes en difficultés, la fermeture d'une école, etc. Il y a également des communautés bien portantes qui peuvent vouloir se prémunir contre des difficultés ou hausser leur qualité de vie. Ces environnements sont donc des cibles possibles des programmes de prévention.

Cette division des programmes orientés vers les individus et vers les communautés a d'ailleurs été utilisée par Bolman et Westman (1967).

À partir de ces différentes cibles, on peut concevoir de nombreuses possibilités d'intervention. Mais ce n'est que récemment que les interventions ont considéré l'ensemble de ces cibles. En effet, pendant longtemps l'adhésion à certains modèles théoriques restreignait l'éventail des cibles considérées.

Tableau 1
Les cibles des programmes de prévention

Les individus	les individus ayant des problèmes organiques (empoisonnement, problèmes génétiques, etc.	à cause de facteurs de risque leur conférant une certaine vulnérabilité
	les gens aux prises avec des difficultés	
	les individus bien portants	à cause d'événements dans leur vie personnelle
Les environnements	les environnements menaçants (pollution, etc.)	à cause de facteurs de risque leur conférant une certaine vulnérabilité
	les environnements aux prises avec des difficultés	
	les environnements sains	à cause d'événements sociaux particuliers

Les modèles théoriques sous-jacents aux programmes de prévention

Un court aperçu de ces divers modèles théoriques nous éclairera donc sur le choix des cibles des programmes de prévention. De plus, une analyse des modèles théoriques nous amènera à comprendre le choix de stratégies particulières d'intervention de prévention. En effet, on note que les interventions découlent souvent ou devraient découler du mode de compréhension du problème. Ainsi chaque école de pensée privilégie certains facteurs explicatifs de la santé ou de la maladie et les stratégies de prévention en tiennent compte par la suite.

Nous retenons trois modèles théoriques ayant plus particulièrement influencé la pratique de la prévention: les modèles biomédicaux, le modèle de la santé communautaire et le modèle écologique.

1. Les modèles biomédicaux

Le modèle explicatif le plus usité jusqu'à maintenant est le modèle biomédical. À l'origine, le concept de prévention en santé mentale s'est nourri du concept de prévention utilisé en santé publique, dont les activités ou les programmes avaient pour but d'empêcher l'apparition d'une maladie. Il s'agissait d'un modèle épidémiologique dont les notions fondamentales sont la présence d'un agent causant la maladie, d'un hôte prédisposé à la maladie et d'un environnement les mettant en contact. La dynamique du modèle s'établit comme suit: un agent pathogène s'introduit chez un hôte et provoque la maladie, la médecine s'attaque à celui-ci et la maladie se termine.

C'est à la suite de développements importants à la fin du XIX^{e} siècle que la médecine a adopté l'approche biomédicale telle que nous la connaissons aujourd'hui, à savoir rechercher la cause et entreprendre une action pour l'éliminer, pour la neutraliser ou pour aider l'organisme à lutter contre la maladie. Bloom (1979) identifie succinctement trois étapes de la démarche rattachée au modèle biomédical:

> « 1. Identifier une maladie suffisamment grave dans le but de justifier le développement d'un programme d'intervention préventive. Développer des méthodes fiables permettant de poser un diagnostic de sorte que les individus pourront être répartis en groupes, en toute confiance, selon qu'ils sont atteints ou non de maladie.

2. Par le biais d'une série d'études épidémiologiques et d'études de laboratoire, identifier la théorie la plus plausible ayant trait au développement de cette maladie.
3. Planifier et évaluer un programme expérimental d'intervention préventive fondé sur les résultats de telles études ». (p. 182) (Traduction).

Une fois une maladie identifiée, il faut donc en trouver l'agent responsable. Ce modèle biomédical uni-causal a porté fruit dans le cas de nombreuses maladies physiques et dans le cas de certaines maladies mentales. On a ainsi attribué des troubles mentaux précis à des empoisonnements, à des agents infectueux, à un bagage génétique déficient, à des carences alimentaires, à des blessures au système nerveux central. Il a dès lors été possible de travailler à la prévention de ces problèmes. Un résultat intéressant de ces découvertes est que ces désordres mentaux ne sont presque plus considérés comme étant des maladies mentales.

Mais il y a un autre modèle biomédical que nous qualifierons de multi-causal. On s'est aperçu que bien des personnes mises en face d'un agent pathogène ne montrent aucun signe de maladie. Ainsi, il ne suffit pas d'être exposé à un ou des facteurs pathogènes pour être malade. C'est ce que conclut Dubos en 1955:

> « Il y a de nombreuses situations où l'agent pathogène est une partie constituante de l'environnement à la fois constante et empreinte d'ubiquité mais où il engendre la maladie seulement en présence d'un affaiblissement chez le patient dû à un autre facteur, ce qui donne libre cours à l'agent infectieux de se manifester et ce, du moins, pour une période donnée. Les études théoriques de la maladie doivent rendre compte du fait surprenant que, dans toute société, un grand pourcentage d'individus normaux et en santé retiennent dans leur organisme de puissants agents pathogènes sans éprouver aucun symptôme ». (p. 34), (Traduction).

Ces faits remettent donc en cause le modèle biomédical unicausal. Il s'agit maintenant d'identifier les divers facteurs (appelés facteurs de risque) qui rendront la personne sensible à la maladie (vulnérabilité) ou au contraire la protégeront (invulnérabilité). Le domaine de la santé mentale s'est très tôt inspiré de ce modèle multi-causal.

En santé mentale, les facteurs de risque étudiés sont les facteurs génétiques, constitutionnels, physiques, socio-environnementaux, traumatiques et de développement. De plus ce modèle médical tient compte des interactions entre ces divers facteurs. Ainsi, par exem-

ple, une personne ayant perdu un parent lorsqu'elle était en bas âge, dont des membres de la famille ont une histoire psychiatrique et qui souffre de violence familiale aurait une plus grande probabilité de vivre des problèmes de santé mentale qu'une autre personne faisant face à la même violence. Les facteurs de risque accentuent la vulnérabilité d'une personne.

Cependant, même si l'on retrouve le facteur socio-environnemental parmi les facteurs de risque étudiés, il ne faut pas oublier qu'une grande partie des études de psychiatrie et de psychologie ramènent ce facteur à des traits individuels. Le facteur socio-environnemental, s'il est possiblement intégré à ce modèle, est donc en réalité très peu analysé.

Somme toute, on peut conclure que ce modèle médical multi-causal s'attarde surtout aux facteurs de risque d'origine individuelle, comme le montre la centration sur les études génétiques ou de développement dans le cas de la schizophrénie.

Lors de l'implantation de programmes de prévention s'inspirant du modèle biomédical uni-causal, la clientèle cible recherchée est celle vivant un problème où il y a un agent pathogène clairement identifié alors que les programmes de prévention qui relèvent d'un modèle biomédical multi-causal s'attardent aux clientèles cibles composées d'individus aux prises avec des difficultés surtout parce qu'ils cumulent plusieurs facteurs de risque.

2. *Le modèle de la santé communautaire*

Face à la difficulté du paradigme biomédical (plus particulièrement le modèle uni-causal) de prévenir les troubles mentaux dont il ne connaît pas la condition antérieure nécessaire, les tenants du mouvement de la santé mentale communautaire ont élaboré un nouveau modèle. On y assume que toutes les personnes sont vulnérables à des degrés divers aux événements stressants de la vie et qu'on ne peut pas associer un type d'événement avec le développement d'une maladie spécifique (Albee, 1982a). Ce modèle soutient de plus que chaque individu possède un potentiel lui permettant de croître, de même que le droit d'augmenter sa compétence à affronter le stress.

> « Des observations cliniques auprès de nombreux individus requérant des soins en santé mentale nous documentent sur le rôle important que jouent les stress environnementaux comme facteurs déclencheurs de dépressions émotives. Des situations entraînant des angoisses intenses et peu communes représen-

tent souvent une sorte « d'expérience naturelle » permettant de faire ce type de lien. Il va sans dire que les enfants de parents qui ont subi des ruptures de mariages ainsi que les enfants qui se voient transférer d'un placement familial à un autre démontrent une fréquence importante de troubles émotionnels. Des adultes qui perdent leur emploi ou qui vivent la perte d'un époux ou d'une épouse, ou encore d'un enfant, développent souvent des troubles psychologiques, physiologiques et psychosomatiques. (Holmes & Rahe, 1967; Dohrenwend & Dohrenwend, 1974) ». (Traduction)

En effet, la perte d'un être cher, une hospitalisation, une perte d'emploi, un déménagement, etc., ont tous à des degrés divers un impact sur le bien-être d'un individu. On a même trouvé que des événements positifs, comme un mariage ou une promotion, peuvent engendrer des mésadaptations.

La démarche de ce nouveau modèle est définie par Bloom (1979):

« 1. Identifier un événement stressant ayant des conséquences indésirables dans une proportion significative de la population. Développer des procédures fiables identifiant des personnes qui ont subi ou qui sont en train de subir une telle expérience stressante.
2. Par le biais des méthodes épidémiologiques traditionnelles et de laboratoire, étudier les conséquences de cet événement et formuler des hypothèses liées au mode d'intervention en vue de réduire ou éliminer les conséquences négatives de cet événement.
3. Planifier et évaluer des programmes d'intervention préventive expérimentale fondés sur ces hypothèses ». (p. 183) (Traduction)

Le changement d'un modèle biomédical à un modèle de la santé communautaire a pour effet de déplacer l'attention des facteurs prédisposants (facteurs génétiques, développementaux, etc.) aux facteurs précipitants (les événements stressants). De plus, ce modèle a l'avantage de fournir un moyen d'identification des personnes pouvant être à risque avant même qu'elles ne ressentent des difficultés psychiques. Il suffit en effet de voir qui vit certains événements stressants. Ce modèle offre par ailleurs la possibilité de pouvoir travailler à deux cibles: auprès des individus faisant face à un événement stressant et auprès d'individus devant bientôt y faire face.

La détresse causée par un événement stressant s'explique en partie par la soudaineté de l'événement. L'individu manque habituellement d'informations, de compétences et d'expérience pour faire face à ce nouvel événement qui peut impliquer la perte de relations significatives ou encore de son estime de soi. Mais ce ne sont pas tous les individus qui sont également sensibles aux divers événements stressants.

Albee (1982b) propose la formule suivante qui décrit l'interaction des facteurs pouvant mener à des mésadaptations.

$$\text{Incidence des mésadaptations} = \frac{\text{causes organiques et stress}}{\text{compétences, stratégies, estime de soi, système de support social.}}$$

Il soutient que la mésadaptation résulte d'un stress excessif vécu par un individu (lors d'un événement stressant) ne possédant pas les habiletés personnelles et le support social suffisant pour affronter efficacement ce stress.

On retrouve dans cette formule l'importance des facteurs individuels. En effet, les compétences, les stratégies, l'estime de soi, caractéristiques jugées importantes pour faire face au stress sont liées à l'individu mais l'inclusion d'un facteur, le système de support social, rappelle ici le rôle de l'environnement social.

Ce modèle de la santé communautaire permet donc d'inclure un facteur social. Il faut ajouter que de nombreuses recherches sont de plus élaborées sur le rôle de cette insertion sociale dans le bien-être de l'individu (Heller et Swindle, 1983).

Les clientèles cibles de ce modèle de la santé communautaire sont donc des individus aux prises avec des difficultés à cause d'événements stressants de leur vie personnelle. Mais ce modèle s'est enrichi dernièrement et les clientèles cibles peuvent dorénavant être également des personnes cumulant certains facteurs de risque comme l'absence de compétences, de stratégies de résolution de problèmes, d'estime de soi, de système de support social. En outre, les individus bien portants appelés à vivre de futurs événements stressants ou encore visant à augmenter leur compétence pour affronter le stress peuvent également être des clientèles cibles. Il y a toutefois centration sur les individus, dans ce modèle comme dans les modèles biomédicaux.

3. Le modèle écologique

D'autres personnes se sont intéressées à comprendre les sources des problèmes de santé mentale mais d'un point de vue plus socio-environnemental. S'inspirant d'une approche biogéographique, certaines d'entre elles ont cerné dès les années quarante l'importance de la pauvreté dans la vulnérabilité face aux problèmes de santé mentale (Catalano, 1979) ce que confirment d'autres études épidémiologiques (Kessler et Albee, 1975). Mais une question demeure à savoir quelle est la cause de quoi? Est-ce que la pauvreté cause des problèmes d'ordre mental? Ou est-ce que ce sont les problèmes d'ordre mental qui provoquent la pauvreté? Ou bien est-ce que la pauvreté et les différentes formes de dysfonctions sont dues à une insuffisance commune sous-jacente? Ce problème n'est pas résolu.

Mais deux autres courants d'études mis sous l'étiquette du modèle écologique allaient raviver l'intérêt pour les facteurs socio-environnementaux. Le premier courant consiste en une série d'études récentes sur des événements stressants de nature économique. Brenner (1973) montre que les taux les plus élevés de désordres mentaux se retrouvent parmi les groupes les plus défavorisés sur le plan économique. Il a découvert des corrélations significatives entre les récessions économiques périodiques et le nombre d'admissions dans les cliniques et hôpitaux psychiatriques. Ainsi, la maladie mentale serait donc probablement la conséquence d'un stress excessif. Pour confirmer l'effet stressant des périodes de récessions économiques, Brenner relève dans les années suivant le creux économique une augmentation de la mortalité par maladies cardiaques et par maladies du foie, de même que de la mortalité infantile. Il a observé également que dans plusieurs pays, suite à un taux de chômage plus élevé, le taux d'actes criminels contre la personne et la propriété augmentait.

Bouchard (1983) rapporte que Dooley et Catalano ont découvert que parmi les nombreuses mesures de changement économique au plan régional, les fluctuations dans le taux de chômage se révèlent être les meilleurs indices de prédiction d'une augmentation dans le taux de symptomatologie. En effet, dans les huit semaines suivant l'augmentation du taux de chômage, il se produit un accroissement important des symptômes psychosomatiques ou psychopathologiques, et les populations les plus atteintes sont les populations défavorisées.

Ces dysfonctions résultent d'événements stressants de nature économique et on pourrait y voir une similitude avec le modèle de santé communautaire centré sur les événements stressants. Mais le modèle écologique s'intéresse non pas à l'individu qui perd son emploi mais par exemple à une région qui perd une usine et aux répercussions sur toute la population. L'étude de Bouchard et Perrault (1983) sur l'impact de la fermeture de l'ITT-Rayonnier à Port-Cartier en est un exemple.

Comme ce courant est plus récent que les autres, il est plus difficile de trouver des programmes de prévention qui en découlent. Mais d'après les recommandations des protagonistes de ce courant, les cibles d'interventions pourraient être des régions ou des groupes d'individus menacés par des problèmes économiques et partageant en plus des facteurs de risque comme la pauvreté.

Le deuxième courant de recherche du modèle écologique s'attarde à l'effet des environnements sur le bien-être des individus. Une première école de pensée, ralliée autour de Moos, prône que le climat social a un impact important sur les attitudes et le moral des gens, sur leur comportement, leur santé, leur bien-être et leur développement social, personnel et intellectuel. Par exemple, ces chercheurs ont trouvé que les environnements (ils ont étudié les classes dans les écoles, les dortoirs des hôpitaux psychiatriques, l'armée, les groupes de travail, etc.) dont les qualités sur le plan relationnel sont élevées, telles que l'implication et le support mutuel, semblent avoir des occupants moins irritables et moins déprimés, plus satisfaits et à l'aise et ayant une estime d'eux-mêmes plus élevée que les occupants d'environnements dont ces qualités sont peu élevées. D'après Insel et Moos (1974) détresse et dysfonction apparaissent lorsqu'un individu essaie de fonctionner à l'intérieur d'un environnement avec lequel il est fondamentalement incompatible. Les clientèles cibles de cette approche du climat social correspondent à de petits environnements bien circonscrits (comme une classe, un pavillon de centre d'accueil) et on travaille à partir des perceptions des individus en cause. Des travaux plus récents sur les centres pour personnes âgées tiennent compte de plus de variables comme les règlements de l'institution, l'aspect architectural, etc. (Moos et Lemke, 1979).

Une deuxième école de pensée se préoccupe des effets de l'environnement physique sur le bien-être des individus. Wandersman, Andrews, Riddle et Fancett (1983) distinguent les « stresseurs » environnementaux (la densité, le bruit, la pollution de l'air,

les déchets toxiques, etc.) et les « stresseurs » architecturaux dans les environnements institutionnels (l'aménagement spatial des meubles ou des lieux de rencontre, les températures élevées, les aires de jeux, etc.), dans les environnements résidentiels (les édifices en hauteur, etc.) et dans l'environnement urbain (circulation élevée, peur du crime). Même si ce domaine de recherche est récent, on trouve des liens entre ces caractéristiques de l'environnement et la santé mentale ou le bien-être. Les cibles de ces programmes d'intervention sont le plus souvent les environnements menaçants où il y a un lien clair établi entre cet environnement et une dysfonction mais les cibles peuvent également être des environnements vivant des difficultés à cause de facteurs de risque. Wandersman *et al.* ajoutent que des environnements compétents et adéquats pourraient aussi être une cible mais rien n'a encore été fait à ce niveau.

Les axiomes du modèle écologique en santé mentale sont d'après Catalano (1979):

1. Le comportement pathologique est un comportement en contradiction avec les rôles, les lois, les moeurs ou les environnements.
2. La probabilité qu'un comportement soit jugé pathologique croît lorsqu'il y a des changements de rôles, de moeurs, de valeurs ou d'environnements.
3. Le pourcentage de la population qui fait face à un changement est plus grand lorsque les fondements économiques d'une société se modifient (en importance et en qualité).

Mais comme ce modèle est plus récent et moins formalisé, d'autres auteurs ajoutent quelques axiomes supplémentaires (Vincent, Trickett, 1983):

4. L'interdépendance. L'environnement social est un système interrelié où une modification faite à une partie entraîne des changements dans une autre.
5. L'utilisation optimale des ressources humaines et matérielles d'un milieu mène à se centrer sur les qualités plutôt que sur les déficiences.
6. Un milieu est essentiellement dynamique.

On trouvera une illustration de la plupart des axiomes dans un article de Bouchard (1981) sur le problème de l'abus des enfants.

En ce qui concerne les cibles d'intervention, les divers courants du modèle écologique semblent s'arrêter, d'après nos descriptions, aux environnements menaçants et en difficultés. Mais il ne faut pas

oublier qu'une caractéristique essentielle du modèle écologique est d'augmenter les stratégies adaptatives de ces divers milieux en se fondant sur leurs forces. Kelly (1968) souligne d'ailleurs la nécessité avant toute intervention de mettre en valeur les ressources des milieux et de leurs occupants. On peut donc, dans un modèle écologique, avoir comme cible des environnements sains dans le but de faire fructifier leurs ressources.

4. Conclusions sur les modèles de prévention

On note une certaine évolution dans les modèles de prévention. Premièrement, on ajoute à l'intérêt porté aux déficiences un nouvel intérêt aux ressources et aux compétences. Deuxièmement, les modèles tiennent tous compte de l'interaction de plusieurs facteurs; il ne s'agit plus de chercher la cause unique. Troisièmement, le facteur socio-environnemental est maintenant plus considéré et étudié.

Après cette synthèse des modèles théoriques en prévention, il reste à faire le relevé des stratégies d'intervention découlant de ces modèles. Il ne s'agira pas d'un aperçu historique mais plutôt d'un résumé des principales stratégies utilisées aujourd'hui.

Les stratégies d'intervention en prévention primaire

Dans les écrits sur la prévention, on mentionne trois façons de décrire les stratégies de prévention.

La première propose de s'attarder aux centres d'intérêt principaux que sont les compétences et les déficiences. Ainsi, il y aurait une première stratégie axée sur les déficiences qu'elle vise à corriger, nommée prévention, et une deuxième stratégie axée sur les compétences qu'elle vise à accentuer, nommée promotion de la santé. Quoique très fréquemment citée, cette nomenclature ne fait que semer la confusion. En effet, est-ce qu'une absence de compétences est une déficience? Il est facile de voir que la frontière entre promotion et prévention est des plus ténues selon cette approche, et que ce problème touche la plupart des programmes oscillant entre les compétences et les déficiences.

Une deuxième façon d'aborder les stratégies est celle de Bloom (1968) qui est, elle aussi, souvent mentionnée. Il s'agit des trois stratégies suivantes: 1) travailler auprès de communautés ou d'aires géographiques, 2) travailler auprès de gens franchissant des étapes de vie (comme le mariage, le chômage, etc.), 3) travailler auprès de groupes à risques élevés. Convenons qu'il s'agit plutôt de cibles et qu'il reste à décrire les véritables stratégies d'intervention.

Une troisième façon de parler de stratégies de prévention est plus récente et moins usitée. Catalano et Dooley (1980) proposent les concepts de prévention pro-active lorsqu'il s'agit d'intervenir avant en éliminant ou en évitant le « stresseur » et de prévention réactive si l'intervention a lieu lorsque la situation stressante est inévitable.

Nous proposons de retenir les expressions « prévention réactive et promotion » mais de les considérer comme des approches plutôt que comme des stratégies. Voici nos définitions. La prévention réactive s'intéresse aux gens et aux communautés déjà aux prises avec certaines difficultés ou encore cumulant des facteurs de risque ou venant de vivre des événements stressants. Notons que ces difficultés sont décrites comme mineures ou encore n'ayant pas mené à la consultation d'un spécialiste en santé mentale. La promotion s'adresse uniquement aux personnes et aux communautés bien portantes voulant soit se prémunir contre les difficultés ou encore s'assurer une meilleure qualité de vie. Ainsi les programmes de prévention primaire pourront porter sur la prévention réactive ou sur la promotion. L'expression « stratégie » fera référence dans ce texte à des techniques d'intervention plus précises comme en fait foi le tableau 2. Notons que ce tableau n'en présente pas une liste nécessairement exhaustive et qu'il pourra être complété.

Certaines des stratégies du tableau 2 ne découlent que d'un seul modèle théorique. Par exemple, le modèle médical inspire la stratégie de retrait de l'agent nocif chez l'individu tandis que le modèle écologique inspire celle de modifier les lois et pratiques d'un environnement ou d'une société menant à des états extrêmes d'anxiété. D'autres stratégies peuvent être conseillées par plusieurs modèles. C'est le cas de l'augmentation de l'estime de soi chez les individus qui pourrait provenir du modèle médical multi-causal ou du modèle de santé communautaire ou être l'une des facettes d'une intervention écologique dans une communauté.

Concrètement, un programme d'intervention peut se limiter à une seule stratégie ou encore en concilier plusieurs, ce qui est plus fréquent.

Les stratégies du tableau 2 peuvent cependant s'avérer assez vagues et il peut être difficile de s'imaginer l'intervention sur le terrain. À ce moment-là il faut se référer au modèle théorique pour mieux comprendre les possibilités d'action. Par exemple, les prémisses du modèle écologique de Catalano sur les stress économiques nous font voir qu'une stratégie précise serait de modifier le mode de fermeture des usines dans une région, d'exiger un dédommagement

pour une région ainsi touchée, etc, alors que le counseling génétique serait une stratégie relevant du modèle médical visant à corriger le problème à sa source.

Les connaissances accumulées sur un problème particulier inspirent aussi les interventions. La lecture du livre d'Horowits (en préparation) fournit des stratégies encore plus précises, fondées sur les recherches, pour faire face aux problèmes de la solitude, par exemple : accepter l'expérience de la solitude, chercher à être actif, améliorer ses aptitudes à l'écoute, former des groupes de rencontres, etc. Il est donc possible de devenir fort concret dans les propositions de prévention. Le relevé qui suit des programmes de prévention actuellement évalués pourra nous montrer la diversité des actions entreprises sur le terrain.

Tableau 2

Les stratégies d'intervention en prévention primaire

Déficiences	**Compétences**
Auprès des individus	
1. retirer l'agent nocif lorsque connu	1. favoriser l'anticipation : informer immuniser
2. réduire la vulnérabilité	2. augmenter les compétences
3. corriger des comportements mésadaptés	— à éviter le stress
4. faire disparaître des notions erronées	— à affronter le stress
5. intervention de crise	— à modifier la source de stress
	— à faire face aux problèmes interpersonnels (et autres)
	— à entraider
	3. augmenter — l'estime en soi
	— le sens de contrôle sur sa vie et sa santé
	— l'actualisation de soi
	— les connaissances
	4. consultation et support professionnel aux individus ou aux personnes significatives ou aidantes.
	5. mise sur pied de système de support naturel
	6. intervention de crise

Auprès des environnements

1. retirer les agents nocifs lorsque connus
2. modifier les pratiques, les lois menant au stress et à l'anxiété
3. redistribution du pouvoir et des revenus

1. améliorer les ressources
   - — augmenter le nombre des ressources, (parcs, lieux de rencontre, garderies, etc.)
   - — identifier de nouvelles ressources encore non utilisées (ex. les profanes)
   - — faciliter l'accès aux ressources (horaire, déstigmatiser, etc.)
   - — créer de nouvelles ressources (groupes alternatifs, etc.)
   - — faciliter la sélection de ressources appropriées aux besoins et aux compétences
2. augmenter la participation
   - — la capacité de faire face aux problèmes
   - — l'entraide
3. améliorer la qualité de vie
   - — interpersonnelle
   - — environnement physique
4. consultation et support aux leaders
5. mise sur pied de coalitions ou groupes d'intérêt

Chapitre 2

La recension des programmes évalués

Cette deuxième partie fournit quelques éléments d'information sur les stratégies de travail retenues pour élaborer l'analyse critique des programmes de prévention primaire pour adultes et fait part de la recension des programmes.

Nous commenterons l'approche évaluative retenue, le mode d'inventaire et le mode de classification des programmes, ce qui nous mènera à la recension proprement dite.

Approche évaluative

Cet ouvrage vise à répertorier et à analyser les programmes ayant fait l'objet d'une évaluation systématique. Le recours à la tradition de l'évaluation de programmes nous permettra de tenir compte d'approches méthodologiques variées.

L'évaluation de programmes est un type de recherche appliquée, une tentative systématique visant à déterminer si un programme donné atteint ses objectifs ou non (Little *et al.*, 1976):

> « L'évaluation de programmes est un ensemble systématique de collecte de données et d'activités d'analyse entreprises dans le but de déterminer la valeur d'un programme afin de répondre aux besoins de l'administration, de la planification, de la formation du personnel, de l'imputabilité, et de la promotion. Les activités d'évaluation fournissent un jugement relativement aux efforts, à l'efficacité, à l'adéquation, au rendement, des diverses options du programme ». (p. 3) (Traduction)

L'évaluation de programmes a pour but de vérifier de façon systématique si, d'une part, un changement avantageux est survenu chez les bénéficiaires et si, d'autre part, le programme est la cause de ce changement.

En vue de réaliser cette tâche, et compte tenu du fait qu'il n'existe aucun standard absolu d'excellence, l'évaluation d'un programme doit nécessairement comporter une comparaison des comportements ou des résultats obtenus par les bénéficiaires de l'intervention à une ou des mesures suivantes (Wilson et Yager, 1981):

a) *un groupe contrôle* n'ayant pas reçu l'intervention;

b) *un groupe de comparaison* recevant une intervention différente mais visant à atteindre les mêmes buts et objectifs;

c) *un groupe-critère* appelé ainsi parce qu'il a déjà fait preuve des compétences dans la résolution du problème ou dans l'évitement du problème que le programme de prévention cherche à prévenir;

d) *des données de base* recueillies antérieurement à l'application de l'intervention chez le groupe de bénéficiaires.

Il est à souligner que la sélection du groupe contrôle, de comparaison ou critère est aussi importante et doit être effectuée avec autant de soin que celle accordée à la sélection des individus faisant partie du groupe d'intervention.

Lorsque c'est possible, il est de loin préférable d'effectuer une sélection des bénéficiaires et des non-bénéficiaires d'après le hasard (ou distribution au hasard). Cette procédure constitue une façon très efficace de contrôler la possibilité qu'une variable extérieure au programme ait provoqué l'amélioration observée chez les bénéficiaires. Dans un tel cas, l'évaluation du programme est de type expérimental.

Dans la majorité des cas, dans le domaine de l'évaluation des programmes en santé mentale, la sélection au hasard est impossible pour une raison ou pour une autre. Confronté à une telle situation, l'évaluateur peut opter pour l'utilisation de devis quasi expérimentaux (Campbell et Stanley, 1963; Cook et Campbell, 1979).

Les protocoles quasi expérimentaux se distinguent des protocoles expérimentaux du fait que contrairement à ces derniers, lesquels contrôlent bien les sources d'invalidité, les premiers ne parviennent pas à contrôler un ou deux des facteurs devenant ainsi des explications possibles du changement observé. Il est important cependant que l'évaluateur fasse la preuve que les bénéficiaires de l'intervention ne diffèrent pas du groupe contrôle (de comparaison ou de critère) sur une dimension liée au processus de sélection et pouvant influencer les résultats de l'intervention.

Lorsque les résultats du groupe d'intervention sont comparés uniquement à leurs données de base, il est essentiel que l'évaluateur explore la possibité que d'autres facteurs (extérieurs à l'intervention) ne viennent influencer de façon appréciable les résultats obtenus par les bénéficiaires (Campbell et Stanley, 1963; Cook et Campbell, 1979).

Il existe d'autres types de devis tels que les devis pré-expérimentaux et non expérimentaux mais ils ne permettent pas de conclure sans équivoque à une relation causale. La faiblesse majeure de ces protocoles est qu'ils ne contrôlent pas plusieurs des hypothèses alternatives du fait que les sujets ne sont pas répartis au hasard dans les groupes ou qu'ils ne renferment pas de comparaisons valables des diverses conditions.

Dans le cadre de notre travail, compte tenu du caractère scientifique retenu comme critère de sélection des programmes évalués, nous nous attarderons aux évaluations de nature expérimentale et quasi expérimentale. Lorsqu'il n'existe pas d'évaluation pour un type d'intervention donné, nous ferons place à des rapports descriptifs.

Quelques difficultés pratiques assaillent le domaine de l'évaluation de programmes. L'évaluation des programmes de prévention n'est pas épargnée et même plus, les activités de prévention génèrent leurs propres difficultés d'évaluation.

D'une façon générale, malgré qu'il y ait un consensus quant à la définition du concept de prévention, il n'en demeure pas moins que ce concept est difficile à intégrer dans un programme de recherche (Price, Ketterer, Bader et Monahan, 1980). Les définitions de la prévention constituent des énoncés de buts ne renfermant aucune indication sur la manière d'opérationnaliser ce concept. Les programmes sont très souvent critiqués pour leur manque de spécificité quant à leurs objectifs; plusieurs programmes possèdent des objectifs vagues et globaux. Caïn et Hollister (1972) mentionnent d'autres éléments venant compliquer la situation en prévention: la nécessité d'opter pour un modèle causal multifactoriel; la difficulté de démontrer l'efficacité lorsqu'il s'agit de buts à long terme; la difficulté de mesurer l'amélioration des compétences; les deux niveaux d'intervention, l'individu et l'environnement; le choix des critères d'évaluation (potentiel préventif, efficacité, coût, popularité). De plus, le fait que certains troubles ou problèmes psychosociaux ne présentent qu'un faible taux d'apparition dans la population n'est pas sans présenter de problème. Comme le soulèvent Price, Ketterer, Bader et Monahan (1980), il est alors difficile de trouver un nombre suffisant de personnes pouvant constituer un groupe à risque; dès lors, à moins d'utiliser un nombre de sujets extrêmement grand, même les interventions les plus efficaces auront de la difficulté à démontrer leur efficacité à cause des limites des statistiques.

Les difficultés liées à l'implantation et au processus de l'évaluation sont très importantes et doivent être soulignées puisqu'elles

risquent d'influencer fortement les résultats (Atkinson *et al.*, 1978; Price, Ketterer, Bader et Monahan, 1980). Notons que les programmes de prévention s'adressant aux communautés sont particulièrement changeants et doivent s'adapter aux diverses clientèles, ce qui rend l'évaluation peu standardisée. De plus, les diverses institutions se préoccupent peu de la prévention et cela ne peut que se répercuter sur le soutien accordé aux évaluations.

Enfin, tous les problèmes concernant l'évaluation de façon générale influencent les évaluations de programmes de prévention. La désirabilité sociale, la tendance à être d'accord ou en désaccord, une utilisation excessive ou l'évitement des possibilités de réponses extrêmes et les effets de halo sont quelques-uns des facteurs pouvant nuire aux évaluations qui reposent principalement sur les jugements posés par les bénéficiaires du programme et par le personnel. Bien que l'opinion du client puisse représenter une façon pertinente d'évaluer l'efficacité du programme, il est préférable d'utiliser également d'autres méthodes. Weiss (1972) rapporte que les clients peuvent aimer ou non un programme pour des raisons différentes de ses buts. Le personnel du programme constitue par ailleurs une source d'informations pertinentes puisque les clients et leurs comportements leur sont familiers. Par contre, ils peuvent influencer négativement le déroulement de l'évaluation en ne remplissant par les formulaires, ou en le faisant de façon négligente, ou en les remettant trop tard; de plus, leurs réponses peuvent être influencées selon qu'ils croient qu'on leur demande d'évaluer le comportement du client ou qu'il s'agit d'évaluer leur propre efficacité, selon qu'ils possèdent un sentiment d'appartenance ou non face au programme et selon qu'ils aiment ou non les protagonistes du programme.

Mode d'inventaire des données sur les programmes évalués

Deux stratégies principales d'inventaire sont retenues: la consultation de banques de données bibliographiques et la consultation d'organismes et de spécialistes. Cela ne permet cependant pas d'arriver à une liste exhaustive des programmes mais la représentativité des divers champs d'intérêt est assez bonne.

Les banques de données et les descripteurs utilisés se trouvent en appendice.

Les organismes consultés sont l'Organisation mondiale de la santé (Genève et Copenhague), l'*Office of Prevention* (*National*

Institute of Mental Health, États-Unis), l'Association canadienne pour la santé mentale, le ministère de la Santé et du Bien-être social (Gouvernement du Canada), le ministère des Affaires sociales (Gouvernement du Québec), le ministère des services communautaires et sociaux (Gouvernement de l'Ontario).

Nous n'avons pas bénéficié de ressources suffisantes pour effectuer l'inventaire des programmes évalués dans les C.L.S.C., les D.S.C. et autres organismes québécois. Le repérage de programmes de prévention en santé mentale en général y est rendu ardu parce que ce descripteur n'est pas utilisé dans leur système d'information. Nous pensons toutefois que l'ensemble de leurs programmes n'ont pas bénéficié d'une évaluation systématique et ainsi ne pourraient être colligés dans notre rapport. Un rapport américain de 1980 souligne le même état de fait dans le cas des centres de santé mentale (Glasscote *et al.*, 1980). Mais un effort devrait être fait pour rendre disponible un inventaire au moins représentatif des programmes québécois de prévention pour adultes, plus particulièrement ceux qui auraient bénéficié d'une évaluation systématique. Cet effort a d'ailleurs été entrepris aux États-Unis et un rapport devrait être disponible en 1985-1986.

Il faut souligner la difficulté d'accès aux informations pertinentes. Aucun centre n'est responsable de la diffusion de l'information et un grand nombre de rapports ne sont pas publiés dans les revues scientifiques comprises dans les banques de données. Dans l'ensemble cependant, la présente recension se révèle assez complète mais elle gagnerait à être améliorée et tenue à jour.

Mode de classification des programmes

Le mode de classification des programmes adopté dans ce travail comprend deux divisions respectant les deux approches en prévention : les programmes de prévention réactive et les programmes de promotion.

En ce qui concerne la prévention réactive, reprenant la nomenclature des cibles du tableau 1, nous verrons d'abord les cas de difficultés reliées à des facteurs de risque ou à ce que certains nomment les maladies mentales (en particulier la schizophrénie, la dépression, la violence familiale et conjugale, l'abus d'alcool et de drogue). Ensuite, nous nous arrêterons aux difficultés reliées à des événements stressants : le divorce, le décès d'un membre de la famille, les tentatives de suicide, les crises multiples. Nous compléterons par une revue des possibilités de prévention réactive au niveau des environnements.

En ce qui concerne les programmes de promotion, nous avons trouvé utile de les regrouper en programmes destinés aux individus, aux couples et aux familles ainsi qu'aux communautés.

La prévention réactive. Clientèle cible: les individus

1. Programmes s'adressant à des personnes pouvant être aux prises avec des difficultés liées à des facteurs de risque ou avec une maladie mentale d'étiologie inconnue.

1.1 Vulnérabilité à la schizophrénie

Il a été impossible de trouver, à partir des références bibliographiques, des programmes de prévention primaire s'adressant aux adultes vulnérables à des épisodes psychotiques. Spring et Zulin (1977) notent qu'il y a eu une croissance rapide de la recherche sur la vulnérabilité à la schizophrénie mais qu'elle ont presque toutes porté sur les enfants à risque: les recherches tentant d'identifier et d'intervenir dans la vie des adultes vulnérables à ce genre d'épisodes sont beaucoup moins nombreuses et malheureusement, on ne rapporte aucun programme de prévention.

1.2 Vulnérabilité à la dépression

Nous avons trouvé deux programmes évalués de prévention de la dépression. Un troisième est joint, qui est de nature descriptive, mais il a reçu l'approbation des experts du domaine par l'attribution d'un prix. Vu la rareté de ces programmes, nous proposons ici ces trois exemples que certains pourraient vouloir classer ailleurs cependant.

1.2.1 Stoppard et Thompson (1982). Protocole expérimental

Ce programme s'adresse à des gens ayant des problèmes de dépression, faibles ou modérés et n'ayant pas consulté de professionnels. Certains le placeront à la jonction de la prévention primaire et de la prévention secondaire. Nous en parlons ici parce que les difficultés ressenties par les gens devaient être relativement mineures.

Bien que s'inspirant d'une intervention clinique de la dépression, il fait appel à une stratégie ayant du potentiel en prévention: la lecture par le public de documents sur les problèmes de santé mentale.

Ce programme de « management » de la dépression a été réalisé et subventionné par l'Association canadienne pour la santé mentale (Division du Nouveau-Brunswick).

Le rapport décrit l'évaluation d'un programme d'auto-traitement par la bibliothérapie* visant à contrôler la dépression. Le module traitant de la dépression s'inscrit à l'intérieur d'un programme plus vaste d'autotraitement développé par W.S.M. Behavior Change Systems, Inc. à Vancouver, mais seul le module de la dépression a fait l'objet d'une évaluation.

Ce programme incorpore sous une forme écrite les procédures utilisées dans le traitement de la dépression par un thérapeute, lequel traitement a fait l'objet d'une évaluation contrôlée avec des patients cliniquement déprimés vus en clinique externe. L'efficacité de leur traitement pour soulager la dépression apparaît être établie.

Les objectifs spécifiques de la recherche évaluative s'énoncent comme suit : (1) évaluer l'efficacité du module de bibliotherapie pour soulager la dépression chez des volontaires ; (2) déterminer si des améliorations dans le niveau de dépression observé chez les participants à un mois (deux mois pour le groupe contrôle) se maintiendraient deux ou trois mois après le programme ; (3) évaluer le niveau de satisfaction parmi les participants face au livre et au programme ; (4) identifier les méthodes les plus efficaces de recrutement des participants.

Après un mois d'usage du livre, on interroge les gens sur leur satisfaction, alors qu'on vérifie les changements au niveau des problèmes après un mois et deux ou trois mois. Comparés à des gens à qui on dit que « *self-help works if you just rely on time* », ceux qui ont participé au programme de lecture rapportent avoir moins de problèmes. De plus, ils sont satisfaits du programme, la majorité a lu le livre et veut continuer à l'utiliser.

Afin de vérifier si l'effet du programme est dû à la lecture du livre et non pas à la rencontre avec le professionnel lors de la distribution du livre, une deuxième expérience est élaborée. Un groupe supplémentaire reçoit alors le programme par la poste, ce qui s'approche plus du cadre naturel de la consultation de tels ouvrages par le public. On trouve cependant que tous les gens s'améliorent un peu, ceux qui ne reçoivent rien ainsi que ceux qui lisent le livre après

* Le terme bibliothérapie est utilisé pour désigner des « procedures intended for therapeutic purposes which, in varying degrees, rely on written materizl as a means of providing guidance to clients for coping with mental health problems » (p. 4).

l'avoir reçu d'un professionnel ou par la poste. Les auteurs suggèrent que dans cette deuxième étude, les gens avaient de plus graves problèmes de dépression (d'un niveau qualifié de « clinique »), qu'ils rapportent un plus grand nombre d'événements stressants, ce qui peut expliquer le succès moindre de la méthode de lecture. On apprend que la stratégie de l'envoi du livre par la poste mène à un taux plus élevé d'abandon du programme.

Les conclusions à tirer de cette étude sont donc que la stratégie de bibliothérapie peut être efficace (du moins à court terme) pour des gens ayant des problèmes de dépression modérés ou faibles ou encore, non chroniques. Elle attire cependant également des gens plus déprimés pour qui elle ne semble pas efficace. Il faudrait donc voir à guider ou informer les personnes. Au niveau pratique, on apprend qu'une entrevue avec un responsable du programme aide les gens à s'engager davantage dans le programme.

1.2.2 Munoz, Glish, Soo-Hoo et Robertson (1982). Protocole quasi expérimental

Nous classons ce programme comme s'adressant à des personnes pouvant être aux prises avec des difficultés (ou encore souffrant de dépression) puisque le but avoué du programme est la réduction de l'incidence et de la prévalence des diagnostics de dépression et que le but intermédiaire est de réduire les symptômes et les sentiments dépressifs même s'il s'adresse à toute la population.

Ces auteurs ont tenté d'adapter les théories de l'apprentissage social et les approches de traitement cognitivo-behavioral au domaine de la prévention de la dépression. L'approche utilisée est l'apprentissage d'habiletés individuelles. Les fondements théorique et empirique proviennent de l'approche behaviorale de Lewinsohn et de l'approche cognitive de Beck. Ces approches ont démontré que le fait d'apprendre aux patients à modifier leur façon de penser et d'agir (*activity patterns*) constitue une méthode efficace de traitement dans le cas de la dépression. Ceci est compatible avec les explications de la théorie de l'apprentissage social à l'effet que l'apprentissage d'habiletés spécifiques est considéré comme augmentant le sentiment d'efficacité personnelle chez les individus. Ainsi, un accroissement au niveau du sentiment d'efficacité pourrait neutraliser les sentiments d'impuissance et de désespoir qui caractérisent une dépression.

Ces auteurs ont offert au public des interventions préventives de type éducatif par l'intermédiaire des mass media. Ils ont donc rejoint

des gens ayant ou non des symtômes de dépression. Dix messages sur la dépression ont été préparés en utilisant la méthode des habiletés individuelles pour faire face aux situations (*coping skills*). Les contenus des messages télévisés ont été tirés de l'apprentissage social et des techniques d'autocontrôle apparaissant dans le volume *Control Your Depression* de Lewinsohn, Munoz, Youngren & Zeiss. La durée de ces segments était approximativement de quatre minutes chacun. Ils étaient présentés aux nouvelles du midi, du soir et en fin de soirée, durant deux semaines, du lundi au vendredi. Le problème cible était la dépression et l'évaluation porte sur les changements immédiats au niveau des échelles de dépression.

Dans leur évaluation, ils veulent vérifier si les gens ont: (1) reçu et apprécié le programme; (2) émis les comportements suggérés; (3) réduit leurs problèmes de dépression. On apprend qu'environ le tiers des personnes ont écouté au moins un des messages et qu'ils s'y sont intéressés, que l'ensemble des auditeurs n'ont pas essayé plus de nouveaux comportements (identifiés dans les messages) que les non-auditeurs et finalement qu'il n'y a pas de réduction de la dépression chez les auditeurs. On découvre cependant que si l'on s'attarde aux résultats des gens à risque (les gens les plus déprimés de cet échantillon — on ne sait pas s'il s'agit de dépression clinique), ils en retirent certains bénéfices. Les auteurs concluent que le programme a été apprécié et jugé pertinent et qu'il peut avoir à court terme des effets positifs mais que pour s'arrêter à essayer les nouveaux comportements indiqués dans les messages, il faut déjà se sentir un peu démoralisé.

Nous ne pouvons cependant pas conclure que c'est l'écoute des messages qui a permis de diminuer les symtômes des gens, surtout que l'écoute d'un ou deux messages de quatre minutes ne semble pas a priori un ingrédient assez puissant. Rappelons que le programme prévoyait dix messages et que les gens en ont écouté trois en moyenne. Le cadre théorique de l'étude est intéressant, mais on ne peut conclure à l'efficacité de cette stratégie ni pour la population générale ni pour des gens ayant des problèmes de dépression.

1.2.3 Kelly (1982). Rapport descriptif

Ce programme a reçu le « *Lela Rowland Prevention Award* » de l'Association nationale pour la santé mentale (Canada) en 1980 pour ses efforts et pour le travail accompli.

Linda Dusenbury Kelly rapporte l'existence d'un groupe de support pour les familles dont l'un des leurs (le plus souvent l'homme) est en prison. La dépression résultant de la séparation d'avec

un membre important de la famille rend cette famille à risque. Un support à court terme est offert à la famille durant la période de crise et se continue pendant les huit semaines suivant l'émission de la sentence. Le programme a été en opération pendant trois ans et a aidé 800 familles. Le programme visait à réduire le sentiment d'isolement, à élever l'estime de soi et à aider les familles à affronter les problèmes existants et prévisibles. Le programme emploie 6 employés et 100 volontaires. Il comprend les éléments suivants : parrainage de la conjointe par une volontaire, participation à des cours de croissance personnelle et activités pour les familles. Kelly rapporte que les évaluations du programme indiquent que les volontaires ont été efficaces : 98 % des femmes participant au programme ont exprimé leur gratitude pour le support reçu. Malheureusement, Kelly ne nous donne pas plus d'informations sur la conduite de l'évaluation pour nous permettre d'être en mesure de juger de l'efficacité du programme.

1.3 Vulnérabilité à la violence familiale et conjugale

De par la nature même de ces problèmes, il est difficile de savoir quand et comment débutent des épisodes de violence familiale et conjugale, ce qui rend la prévention primaire plus ardue. La plupart des modèles étiologiques font cependant part de l'existence de facteurs de risque pouvant mener à ces comportements. Il demeure toutefois difficile de tracer le portrait d'une personne qui se montrera violente envers ses proches. Les programmes de prévention primaire sont donc en majorité axés vers des populations cumulant un certain nombre de facteurs de risque mais n'ayant pas posé de gestes de violence ; certains programmes s'adressent par contre aux personnes vivant un premier épisode de violence amenant l'entourage à réagir.

Nous ne traiterons pas ici des évaluations des groupes d'entraide pour conjoints violents ou pour parents abusifs parce que le plus souvent, la participation à ces groupes peut survenir après plusieurs épisodes de violence. Quelques évaluations de ces groupes d'entraide sont disponibles mais on n'y distingue pas les clientèles à risque des clientèles abusives. On ne peut donc savoir ce qui arrive aux gens y participant à titre préventif. Ces programmes et évaluations relèvent donc plus de la prévention secondaire. Il ne faudrait toutefois pas négliger le potentiel de prévention primaire de ces organismes surtout par leurs activités d'information dans la communauté, mais ce volet d'activités ne semble pas avoir fait l'objet d'évaluation de l'impact.

1.3.1 Gray, Culter, Dean et Kempe (1977). Protocole expérimental

Cent mères ont été identifiées comme présentant un risque élevé par rapport à l'utilisation de pratiques parentales anormales. L'évaluation consiste à comparer trois groupes de mères: un premier groupe à risque recevant une intervention, un deuxième à risque sans intervention et un troisième groupe de mères à risque faible ne recevant pas d'intervention. L'intervention se résume ainsi:

> « Le groupe faisant l'objet d'une intervention a reçu un suivi pédiatrique complet à domicile par un médecin, par un visiteur profane dans le domaine de la santé, ou par une infirmière des services de santé publique. Le groupe n'ayant pas fait l'objet d'une intervention a reçu des soins médicaux de routine, bien que les résultats de ces procédures d'examens furent partagés entre les médecins et les infirmières responsables de leurs soins ». (p. 45) (Traduction)

On évalue les interactions familiales lorsque l'enfant a environ deux ans. La technique d'identification des enfants à risque s'avère efficace puisque ceux qu'on avait pressenti à risque ont subi des pratiques parentales différentes (hospitalisations liées au comportement du parent, par exemple). Quant à l'intervention proprement dite, elle n'amène pas de changement dans le comportement des mères à risque, si ce n'est en ce qui concerne le type de blessures. Les auteurs concluent cependant que ce résultat est important.

Cette recherche est intéressante par la relative simplicité des moyens mis en branle: technique d'identification des familles à risque et contact à domicile. Mais il est certain que l'objectif atteint est insuffisant. Les auteurs soulignent que l'ingrédient important de l'intervention a été le contact actif (outreach), alors que les facteurs de risque les plus déterminants sont le jeune âge, le fait de vivre seule et les difficultés financières.

1.3.2. Jaffe, Thompson et Paquin (1978). Protocole pré-expérimental

Ce programme diffère du précédent par sa polarisation sur la violence conjugale. Il met rapidement en contact, grâce à l'intermédiaire de la police, une famille en crise et un intervenant professionnel.

En effet, les forces policières sont de plus en plus perçues comme pouvant jouer un rôle au niveau de la prévention. Jaffe *et al.* citent Bard & Berkowitz (1967), Hillgren & Jacobs (1976) et Baldwin

(1975), lesquels estiment que 70 à 80 % des activités policières impliquent une intervention lors de problèmes au niveau de relations interpersonnelles et lors de situations de crise. Nous rapportons ici les résultats de l'évaluation préliminaire du programme *Family Consultant Service*. Il s'agit d'une unité d'intervention de crise innovatrice travaillant en collaboration avec le département de police de London (Ontario) auprès de familles en situation de crise. Les consultants familiaux (psychologue, infirmière, sociologue, travailleur social, clergé) sont constamment en contact avec le centre de communications de la police par l'intermédiaire de la radio ; ils ont un véhicule pour se déplacer et peuvent apporter une aide immédiate aux appels des policiers.

Pendant une période de deux ans, le service a reçu plus de 2 700 appels provenant de 1 960 familles différentes. Les types de problèmes les plus fréquents auxquels ils ont eu à faire face sont des disputes familiales ou maritales (36 %), impliquant un conflit physique ou verbal, ou des problèmes avec les adolescent(e)s (27 %). On retrouve également d'autres types de cas tels que les problèmes émotionnels, par exemple, la dépression (11 %), l'abus de drogue ou d'alcool (5 %), le besoin d'un gîte ou de nourriture (4 %), et les menaces suicidaires (4 %).

Aussitôt qu'il est contacté par un officier de police, le consultant se rend au domicile de la famille en crise. Sa tâche est d'évaluer la situation et de faire autant de counseling qu'il juge nécessaire pour amener la famille ou la personne à traverser la situation de crise immédiate.

L'évaluation de ce programme consiste à vérifier l'impact d'une telle intervention sur la prise d'un rendez-vous avec une agence de services psychosociaux, la satisfaction des policiers et des représentants des agences. Cette approche sommaire nous fait voir que 85 % des familles envoyées à des agences par les consultants familiaux ont accepté les rendez-vous si ce contact était fait lors des 24 heures suivant la crise, alors que si le contact a pris plus de 24 heures, 70 % acceptent. Par ailleurs, les policiers et les agences trouvent ce type d'intervention nécessaire. Malheureusement, aucune information subséquente n'est disponible quant au succès du rendez-vous, à la récidive, etc. On peut ajouter qu'il aurait pu être intéressant de vérifier l'impact préventif d'un tel programme sur le moral des policiers.

Soulignons que ce programme a été populaire et abondamment utilisé, ce qui peut suggérer de nouveaux rôles pour les intervenants professionnels ainsi que pour les policiers.

Notons que certains programmes, ayant pour objectif la prévention de l'abus et de la négligence envers les enfants, visent à favoriser l'établissement de liens positifs entre la mère et le nourisson, d'autres entre les parents et leur entourage. Comme ces programmes ne s'adressent pas spécifiquement à des familles à risque et qu'ils veulent accroître les relations positives, ils seront traités dans la partie portant sur la promotion de la santé.

1.4 Vulnérabilité à l'abus d'alcool et de drogue

Un nombre élevé de premières hospitalisations en psychiatrie (20 à 30 %) est relié à des problèmes d'abus d'alcool, ce qui souligne l'importance d'une approche préventive.

La prévention de l'abus de drogue et d'alcool faite auprès des adultes semble s'opérer à travers deux véhicules privilégiés: le milieu de travail et les médias. Cependant, par rapport au milieu de travail, les programmes mis en application semblent être de type secondaire et tertiaire, axés sur le traitement et la réadaptation. Notre relevé bibliographique ne comportait pas de programme de prévention primaire d'abus d'alcool et de drogue en milieu de travail.

Les seuls programmes de prévention primaire d'abus d'alcool et de drogue chez les adultes auxquels nous avons eu accès ont utilisé les médias. Vu les conclusions sur les recherches évaluatives, nous relèverons, non pas des études précises, mais plutôt des analyses critiques du domaine.

1.4.1 Wallack (1981). Écrit-synthèse

Wallack examine les effets des campagnes de prévention, diffusées par les mass media, en vue de communiquer de l'information à la population générale afin d'encourager la modération ou l'abstinence par rapport à la consommation d'alcool, de drogue ou de tabac. Compte tenu du pouvoir accordé à l'influence des médias sur ces gens, nous allons examiner d'un peu plus près ce qu'il en est de leur efficacité.

D'une façon générale, les auteurs suggèrent que le pouvoir des mass media à changer les comportements a été exagéré. Klapper a montré que les médias renforcent le comportement plutôt que de le changer. Les recherches d'autres auteurs confirment le peu ou l'absence d'effet direct des médias à induire un changement d'attitude ou de comportement (Griffiths & Knutson, 1960; Levanthal, 1964; Mendelsohn, 1973; Rogers, 1973, in Wallack). Ces deux derniers auteurs croient que les mass media peuvent augmenter les connais-

sances mais le changement d'attitude a plus de chances de survenir à travers une communication interpersonnelle.

D'autre part, il semble important d'offrir une alternative valable lorsqu'il s'agit d'une publicité anti-« x », car il ne faut perdre de vue que le comportement émis répondait à un besoin, et que l'individu recherchera donc une autre façon de satisfaire ce besoin. Sinon il est possible que les gens se tournent vers des voies différentes tout aussi dommageables.

Blane et Hewitt (1977, in Wallack) après avoir effectué un relevé de littérature exhaustif sur l'utilisation des mass média pour l'éducation publique sur l'alcool constatent à l'instar d'autres auteurs que les problèmes méthodologiques influencent sérieusement les données sur l'efficacité de telles campagnes; ils affirment que les effets de l'éducation publique se limitent à augmenter les connaissances et à renforcer les attitudes ou patrons de comportement établis. Dans un autre article Blane remarque que:

> « Les effets des programmes d'éducation et d'information visant à changer les attitudes en matière de consommation d'alcool sont indéterminés, bien qu'en général on note une amélioration sensible. Des données concluantes de recherche sont presque totalement inexistantes; tout ce que l'on note sont des extraits fragmentaires d'information qui demeurent à l'état de suggestion ». (p. 537), (Traduction).

En Californie, une campagne contre la drogue sous forme de messages publicitaires n'a indiqué aucun changement de comportement lors du post-test ayant lieu immédiatement après la campagne. Mais un rappel six mois plus tard suggère que les messages réussissent à générer les résultats désirés sur le plan comportemental. Par contre, une autre campagne ayant également lieu en Californie, mais visant cette fois-ci à altérer la consommation d'alcool, n'a pas fourni de résultats aussi prometteurs six mois après la campagne.

Suite à son relevé de littérature, Wallack conclut de la façon suivante:

« Un premier coup d'oeil sur les effets des mass media nous incite à remettre en question l'efficacité de tels programmes. Ce scepticisme devra, néanmoins, être appliqué avec modération en raison de la faiblesse des modes d'évaluation ». (p. 230) (Traduction)

Lorsque l'utilisation des mass media ne représente qu'une partie d'un programme d'ensemble, on obtient alors des résultats positifs et intéressants (Warner, 1977, in Wallack).

En résumé, d'après Wallack, dans le domaine spécifique des campagnes contre l'abus de drogue et d'alcool effectué par les mass media, bien que les résultats des évaluations soient désappointants, il n'en demeure pas moins que les évaluations présentent des faiblesses méthodologiques sérieuses et que de ce fait les résultats ne représentent pas nécessairement le potentiel réel de cette approche.

1.4.2 Whitehead (1979). Écrit-synthèse

Whitehead (1979) discute de la notion de *responsible drinking* utilisée dans la plupart des programmes éducatifs et des campagnes par les mass media visant la prévention de l'abus d'alcool. Selon lui, si ces programmes ont comme objectif de modifier le comportement, alors la notion vague de *responsible drinking* véhiculée par les mass media peut ne pas être une façon efficace de procéder. Voici comment Whitehead conclut sur l'efficacité des programmes de prévention contre les toxicomanies.

> « La preuve que les programmes antérieurs d'éducation sur l'alcool et autres toxicomanies se soient avérés efficaces n'est guère concluante. (Braucht *et al.*, 1973; Smart & Fejer, 1974). On note une grande tendance à vouloir attribuer cet état de choses à deux facteurs:
>
> 1. l'évaluation en soi posait des problèmes. Elle n'a pas eu lieu, elle était mal dirigée, elle n'était pas pertinente, ou elle était administrée au mauvais moment;
> 2. même si le programme était bien articulé, il y avait une faille dans le mode d'implantation. Il fut mis en pratique dans une période de l'année qui n'était pas propice; il y a eu des échecs sur le plan de la communication; ou, il aurait suffi d'un rien pour que le programme s'avère un succès notable ». (p. 87) (Traduction)

Le premier problème dans le domaine de la prévention de l'abus d'alcool et de drogue renvoie à la difficulté de définir ce qui constitue un comportement abusif. D'autre part, l'alcoolisme, par exemple, prend habituellement de 25 à 40 ans à s'installer (Bacon, 1978), d'où la nécessité d'études longitudinales très longues pour être en mesure d'évaluer l'efficacité d'un programme de prévention. Finalement, Bacon relève une autre dimension venant compliquer davantage cette situation à savoir l'évolution du phénomène:

> « Les problèmes d'abus qui se manifestent chez les alcooliques sont très variables. De nombreuses enquêtes démontrent que 35 à 50 % des buveurs âgés de 15 à 24 ans ont des problèmes

d'alcoolisme. Mais d'autres enquêtes démontrent que la moitié, sinon plus, de ces alcooliques n'éprouvent plus de problèmes d'alcoolisme après l'âge de 30 ou 35 ans. Des études ont même démontré que 25 à 40 % des alcooliques deviennent des non-alcooliques sans avoir suivi aucun traitement spécifique ». (p. 1145) (Traduction)

D'après Whitehead, l'abus de drogue résulte souvent de déficits au niveau du processus de développement humain, et l'abus de drogue constitue l'un des nombreux patrons de comportement par lequel l'individu tente de remplir un vacuum émotionnel. Selon Sugarman (1977-1978), des facteurs environnementaux variés contribuent à ce processus développemental déficient, et pour que la prévention de l'abus de drogue soit efficace elle doit impliquer l'amélioration de l'environnement.

Schwartz et Bodanske (1981) décrivent deux niveaux d'intervention, à savoir centré sur l'individu ou s'inscrivant dans un contexte écologique :

« Le manque d'efficacité d'un traitement punitif des toxicomanes a fini par ouvrir la voie à une nouvelle « solution » — l'intervention thérapeutique. Néanmoins, une recherche récente sur les modes de traitements disponibles a démontré que le but poursuivi laisse à désirer ; l'abandon prématuré et la récidivité continuent à contrecarrer fortement de telles tentatives. (Brecher, 1972). L'approche légale ainsi que l'approche thérapeutique sont orientées vers des interventions sur les microsystèmes, parce qu'on y explique le problème par les caractéristiques personnelles de l'intoxiqué.

Cependant, la prévention primaire cherche à concevoir le problème des toxicomanies dans un contexte écologique où le facteur causal réside dans l'usage clandestin de substances chimiques. La *Prevention Branch of the National Institute on Drug Abuse* (États-Unis) est d'avis que l'abus de drogues est un symptôme de problèmes plus sérieux qui émanent en partie de bon nombre de déficiences que l'on retrouve dans la société. De ce point de vue, l'abus peut être interprété comme l'expression d'une pathologie liée, à la fois, à un phénomène personnel et social. L'approche d'intervention porte donc sur l'amélioration des déficiences des macrosystèmes aussi bien que celles des individus (Cuskey & Krasner, 1973). Les efforts se concentrent sur une meilleure compréhension des causes qui font naître la frustration, l'aliénation, et l'ennui dans nos communautés ainsi que sur la façon de prévenir la manifestation de quelque processus que ce soit qui peut engendrer de tels sentiments. » (p. 192) (Traduction)

L'abus de drogue ou d'alcool est un phénomène social complexe et la prévention primaire un processus lent, graduel. Selon Schawrtz et Bodanske (1981), on doit éviter d'avoir des attentes non réalistes. La modification de l'environnement est nécessaire, mais n'est probablement pas suffisante en elle-même pour résoudre le problème de l'abus.

En conclusion, ce type de problème s'avère complexe; de plus nous connaissons encore mal l'impact des médias. Mais il ne faut pas mettre de côté cette stratégie de prévention pour l'abus d'alcool et de drogue avant d'avoir effectué d'autres recherches et d'avoir bonifié notre approche (Robertson, 1982). Un certain espoir surgit depuis la découverte d'indices de mesure plus objectifs du problème de l'alcoolisme et de l'identification de certains facteurs de risque dont l'hérédité. Il faudra voir si cela est suivi par le développement de nouvelles stratégies de prévention. Par ailleurs, certaines stratégies gagneraient à être mieux utilisées: 1) mettre en valeur les désavantages à court terme; 2) fournir des instructions spécifiques pour modifier le comportement; 3) fournir des occasions de mettre en pratique d'autres comportements de non-abus et d'en tirer des renforcements; 4) enseigner comment résister aux pressions des pairs à l'âge de l'adolescence; 5) faire des modifications sociales, plus particulièrement accorder un rôle social significatif aux jeunes (Heller, 1984).

1.5 Conclusions générales

Les recherches sont trop peu nombreuses pour permettre de conclure à l'efficacité des programmes de prévention primaire s'adressant à des personnes pouvant être aux prises avec des difficultés ou ayant une maladie mentale d'étiologie inconnue. De plus, elles n'ont pas considéré le large éventail des difficultés. Il semble que seuls les problèmes de dépression, de violence et d'abus d'alcool ou de drogue ont fait l'objet de recherches évaluatives. Aucune évaluation ne porte sur des problèmes de psychose par exemple.

Le problème de la dépression a suscité quelques études. Ces dernières ne s'inspirent cependant pas d'un modèle explicatif tenant compte de facteurs de risque mais visent à diminuer les symptômes. On peut proposer que des programmes de prévention primaire de la dépression se préoccupent davantage des divers facteurs de risque dont l'absence de soutien, l'expérience d'un événement stressant, etc. Cette approche des événements stressants est décrite dans la section suivante.

On peut toutefois retenir des programmes évalués de prévention de la dépression, qu'il faut que la clientèle cible ressente certains problèmes (faibles ou modérés), car la population bien portante ne s'intéresse pas à un programme spécialisé sur la dépression. Toutefois, des gens très déprimés peuvent chercher à participer à ces programmes sans qu'on puisse prédire une amélioration de leurs symptômes.

Quant aux stratégies retenues pour les programmes de prévention de la dépression, la bibliothérapie et les messages télévisés sont à investiguer, vu l'intérêt qu'elles suscitent chez les participants et vu la possibilité de rejoindre un vaste public. Certains facteurs, comme des contacts personnels avec le personnel du programme, peuvent hausser la participation des gens.

Les problèmes de violence familiale et conjugale retiennent de plus en plus l'intérêt. Les recherches évaluées tiennent compte des groupes de personnes à risque lors de la naissance d'un enfant ou encore s'adressent à des personnes en crise et n'ayant pas consulté un professionnel. Il semble donc possible d'élaborer des programmes de prévention.

Les recherches évaluatives nous indiquent qu'ils produisent certains effets positifs chez les parents à risque mais on espérait un plus grand impact. Les enfants par ailleurs semblent en bénéficier. Ces résultats moyens peuvent toutefois être dus aux types d'intervention. Le programme décrit ne comprend que des visites à domicile de la part d'un spécialiste (on ne décrit pas le contenu de ces visites). Il faudrait probablement en enrichir le contenu. Soulignons toutefois qu'on réussit à rejoindre des personnes à risque et à maintenir le contact avec une clientèle qui ne fréquente habituellement pas les services traditionnels, ce qui est très positif. En ce qui concerne les familles en crise, on ne peut pas se prononcer sur l'efficacité du programme d'intervention rapide en période de crise, mais il semble bien accepté par la communauté. On en tire des possibilités de rôles nouveaux pour les spécialistes et les policiers. On peut cependant s'interroger sur les dangers de professionnaliser les interventions, en ce sens que les policiers devraient pouvoir continuer à intervenir.

Soulignons finalement une constante dans ces deux programmes: il y a contact actif des clientèles dans leur propre milieu sans attente de demandes de consultation. On apprend par ailleurs que dans une période de crise, l'aide doit être apportée très rapidement alors que l'on doit consacrer une longue période d'intervention aux personnes à risque (plusieurs années).

Les problèmes d'abus d'alcool et de drogue se trouvent à la jonction des programmes de santé physique et de santé mentale. L'approche usuelle est le recours à l'information diffusée par divers médias. Certaines études laissent entrevoir de nouvelles pistes d'intervention lorsqu'elles proposent des modèles expliquant l'acquisition du comportement et les facteurs en cause (hérédité, pression des pairs, etc.). Il y a aussi une volonté d'améliorer l'utilisation des médias. Les seules conclusions auxquelles nous pouvons parvenir sont l'importance d'essayer auprès des adultes des stratégies multimédia en y ajoutant des occasions de contacts avec le personnel du programme ou avec des pairs et évidemment de poursuivre la prévention auprès des pré-adolescents. Nous devrions également demeurer sensibles aux changements sociaux nécessaires.

2. Programmes s'adressant à des personnes pouvant être aux prises avec des difficultés découlant d'événements stressants dans leur vie personnelle

Les événements stressants les plus souvent traités dans des programmes de prévention sont la séparation ou le divorce, la mort du conjoint, les tentatives de suicide.

2.1 La séparation ou le divorce

D'un point de vue préventif, les gens vivant une séparation maritale constituent une population cible appropriée (Wertlieb, 1979). La rupture d'un mariage constitue un événement stressant majeur selon Holmes et Rahe (1967) ; il s'agit de l'événement le plus stressant après celui de la mort d'un conjoint en termes d'intensité et du temps nécessaire pour s'adapter à la situation. Il existe des données suggérant fortement que les problèmes émotionnels des adultes et des enfants s'accroissent lorsqu'ils vivent une telle situation (Bloom, 1978) et il semble que le même phénomène se produise sur le plan physique (Wertlieb, 1979).

2.1.1 Bloom, Hodges et Caldwell (1982). Protocole expérimental

Bloom, Hodges et Caldwell ont appliqué, pendant une période de six mois, un programme d'intervention préventif (*Separation & Divorce Program*) à des personnes récemment séparées (pas plus de 6 mois). L'annonce du programme a été faite par les médias (journaux, stations de radio, affiches dans les supermarchés et les

lavoirs, etc.) ; ils ont écrit aussi aux agences de services psychosociaux et aux praticiens concernés (médecins, prêtres, professionnels de la santé mentale, avocats). Le programme a été construit en se fondant sur les éléments stressants majeurs survenant au cours de la séparation identifiés à partir d'une analyse de la littérature.

Après avoir fouillé de façon attentive la littérature publiée au cours de ces 15 dernières années, les auteurs n'ont découvert aucune recherche contrôlée visant à réduire ou à contrôler les stress associés à cette situation de vie. Voici une citation permettant de situer cette étude :

> « Ce rapport a pour objet de présenter une première évaluation d'un programme d'ensemble d'intervention préventive, d'une durée de 6 mois, pour des personnes qui viennent de vivre une séparation, dans le but de leur offrir du support et des moyens d'acquérir de nouvelles habiletés nécessaires pour passer à travers cette épreuve. S'inspirant des recommandations des écrits sur le sujet, le programme fut créé dans le but d'être implanté aussitôt que les besoins inhérents à une séparation se font sentir. Cette étude a pour objectif de servir de première évaluation spécifique en rapport avec l'hypothèse générale voulant que la vulnérabilité à des dysfonctions psychologiques soit réduite par l'accroissement de la capacité de faire face à des situations stressantes de la vie ». (p. 252), (Traduction).

L'intervention semble avoir deux volets. Il peut y avoir rencontre individuelle ou de groupe avec une animatrice paraprofessionnelle. Celle-ci prend contact avec les gens deux fois par semaine et leur fournit un support émotionnel, pratique l'intervention de crise et sert de lien entre les participants et le reste du programme. Par ailleurs, on offre aux gens de participer à cinq groupes d'étude spécialisée, conduit chaque fois par un expert en la matière. Cette stratégie globale de groupes d'étude se rapproche de celle utilisée par plusieurs intervenants psychosociaux au Québec.

Ce programme de prévention arrive à améliorer de façon significative l'état général des participants lorsque comparés aux non-participants. Les participants aimeraient de plus poursuivre les rencontres. La réussite est plus grande en ce qui concerne les femmes, peut-être parce que les animatrices sont toutes des femmes, ce qui a pu nuire aux participants de sexe masculin. On note de plus que les améliorations sont d'ordre général plutôt que de porter sur des problèmes spécifiques.

Finalement, les résultats, bien qu'il s'agisse d'une amélioration générale, atteignent les buts de prévention primaire du programme.

> « Une baisse du taux d'anxiété et de la fatigue générale, une amélioration de la capacité de venir à bout d'une difficulté ainsi que le bien-être physique, sont tout à fait les résultats que l'on désire obtenir d'un programme qui se veut une tentative de réduire le nombre de cas pathologiques dans un groupe à risque élevé comme chez les personnes qui viennent de subir une séparation ». (p. 261), (Traduction).

Tentant de comprendre pourquoi les gens ne fréquentent pas les groupes d'études portant sur des sujets précis comme l'éducation des enfants, les auteurs indiquent qu'il faut pour y participer un certain niveau d'ajustement psychologique et une certaine conscience des problèmes. Il s'agit donc d'un mode d'intervention plus exigeant. Ils concluent en ajoutant que l'ingrédient principal de leur programme est le contact actif (*proactive outreach*) avec la clientèle cible fait par l'animatrice. Soulignons que ce programme recourt de plus à du personnel non professionnel, ce qui ajoute à ses avantages.

Un autre programme pour personnes séparées a été relevé mais aucune donnée évaluative n'existe. Il est fourni ici pour mettre en valeur des stratégies d'intervention différentes.

2.1.2 Wertlieb (1979). Rapport descriptif

À la suite d'une observation selon laquelle les gens vivant une séparation maritale font une plus grande utilisation des services de santé, Wertlieb élabore un programme comportant deux volets: (1) une intervention psycho-éducative en vue de leur fournir un cadre de référence cognitif pour leur expérience de séparation; (2) un groupe de support visant à augmenter leurs habiletés à affronter les problèmes. Des données préliminaires suggèrent que l'intervention psychologique de groupe peut avoir comme effet de diminuer le taux d'utilisation des services médicaux.

Il est difficile de conclure à l'efficacité des programmes de prévention pour personnes séparées à la suite d'une seule recherche évaluative. Le nombre de recherches sur ce thème devrait croître à partir de 1982 à cause de la pertinence sociale du sujet et de nouveaux résultats devraient bientôt s'ajouter.

On peut cependant retenir qu'il est possible de rejoindre cette clientèle, qu'un contact actif par un(e) animateur(trice) semble un ingrédient important, qu'une série de conférences semble être un moyen peu propice, alors qu'une démarche de support d'un(e) animateur(trice) paraprofessionnel(le) ainsi que l'entraide entre gens

partageant le problème amènent des changements importants. Le groupe de support semble donc une stratégie à garder.

2.2 Le décès du conjoint ou d'un membre de la famille

Les résultats des recherches révèlent qu'une mortalité soudaine produit un impact majeur sur les familles touchées par ce deuil, en particulier une augmentation du risque de la maladie, des capacités moindres pour affronter les problèmes et un fonctionnement social perturbé lorsqu'elles sont comparées à des familles ne vivant pas cette situation (Williams & Polak, 1979; Williams, Lee & Polak, 1976). De plus en plus, on conclut que les personnes veuves constituent une population à risque par rapport à la santé physique et mentale (Gullotta, 1982; Lavoie, 1982; McCourt, Barnett, Brennen & Becker, 1976).

La majorité des programmes de prévention évalués s'inspirent de la stratégie de l'intervention de crise qui consiste à approcher le plus immédiatement possible la personne en deuil. Une autre stratégie, très souvent utilisée mais comparativement peu évaluée, est le recours au groupe d'entraide où les gens partageant un même problème (i.e. le deuil) se rencontrent, habituellement sans le support d'un professionnel.

2.2.1 Le groupe de Williams et Polak, Egan, Vandenbergh et Williams (1975), Williams, Lee et Polak, (1976), Williams et Polak, (1979). Protocoles expérimentaux

Les objectifs de ces auteurs sont de vérifier si les services préventifs d'intervention de crise peuvent réduire le nombre de maladies psychiatriques et physiques ainsi que le coût social résultant d'un deuil soudain.

Le traitement commence lorsque les membres de l'équipe d'intervention accompagnent le représentant du Bureau du coroner qui annonce la nouvelle à la famille du décédé. La première rencontre dure de une à six heures. D'autres rencontres ont lieu (de 2 à 6) sur une période de une à dix semaines.

Lorsqu'ils sont comparés à des gens en deuil ne recevant aucun traitement et à des gens n'ayant pas vécu de deuil, ceux qui reçoivent l'intervention de crise n'ont, six mois après le décès, ni plus ni moins de problèmes de santé physique et de personnalité. Il va sans dire que les deux groupes de gens en deuil ont plus de problèmes psychologiques que les autres.

L'ensemble des problèmes semble cependant se résorber puisqu'après dix-huit mois, il n'y a plus de différence entre les groupes, sauf qu'il reste des soucis financiers aux survivants d'un deuil. Ce programme d'intervention a de plus été refusé par un grand nombre de gens qui avaient été approchés, ce qui montre qu'il est d'usage difficile.

Les auteurs concluent que la stratégie d'intervention de crise n'est pas efficace dans le cas des familles vivant un deuil soudain. L'intervention de crise à court terme, impliquant des approches cathartiques centrées sur la personne qui font appel à un relâchement émotionnel constant et rejettent la répression, n'a pas eu d'impact sur l'ajustement ultérieur des survivants. Même plus, les auteurs concèdent que cette intervention a pu retarder ou interférer avec le processus de deuil le plus traditionnel, soit le passage du temps. Ils proposent de limiter ce type d'intervention aux maladies mentales majeures surtout lorsque l'aide est recherchée (Polak et Kirby, sous presse), mais cela devient alors du domaine de la prévention secondaire.

Ces études nous apprennent cependant l'influence majeure de la soudaineté du deuil (ou de son côté tragique, violent et inattendu) dans l'adaptation et nous indiquent un groupe à risque. De plus, elles attirent l'attention sur les déterminants familiaux qui peuvent influencer l'adaptation (entente familiale, capacité de solution de problème, etc.).

Les propositions d'intervention du groupe de Williams et Polak sont: 1) d'éduquer le grand public sur les crises majeures de l'existence, dont le deuil, 2) de recourir, dans ces cas, aux interventions de support de profanes ou d'aidants naturels, et 3) de restreindre le rôle du professionnel à un rôle d'éducateur ou encore de consultant auprès des aidants naturels. Et n'oublions pas qu'ils mettent de côté l'approche de l'intervention de crise.

2.2.2 Raphaël (1977). Protocole expérimental

Il s'agit ici d'une autre approche d'intervention à court terme par un professionnel qui se rend au domicile de la veuve de date récente (moins de trois mois de veuvage). Il s'agit plutôt d'un support non directif, d'orientation dynamique. Les objectifs intermédiaires sont de promouvoir l'expression des sentiments reliés au deuil, d'amorcer le processus de deuil, de revoir les aspects positifs et négatifs de la relation perdue et de renoncer à celle-ci.

On apprend qu'un an après le décès, le groupe ayant reçu l'intervention se porte mieux au plan de la santé générale que celui qui n'a rien reçu. L'auteur souligne que cette intervention serait plus efficace avec les personnes qui ne jouissent pas du support de leur entourage. Mais il ne faut pas oublier que seules des personnes à risque élevé ont participé à cette intervention. Il faudrait donc relever les critères retenus par l'auteur afin de bien comprendre pour quel type de personnes une telle stratégie est efficace.

2.2.3 Vachon, Lyall, Rogers, Freedman et Freeman (1980). Protocole expérimental

Cette étude vise à vérifier l'impact de la participation à un groupe d'entraide pour veuves. Ce groupe d'entraide offre les services de six aidantes naturelles, elles-mêmes veuves, et supervisées par une consultante professionnelle. L'aide, de durée indéterminée, peut consister en un support individuel concret ou émotif ou en des activités de groupes.

Le programme est populaire même auprès de cette population durement touchée. En ce qui concerne les résultats, on note que les femmes participant au programme passent par les mêmes étapes que celles qui ne reçoivent rien mais à un rythme plus rapide, ce qui fait qu'après deux ans, les deux groupes diffèrent en ce qui concerne leur adaptation générale. Il est intéressant de noter qu'après un mois de veuvage, lorsque l'entourage se retire, la participation au programme a aidé les personnes à se maintenir alors que la non-participation a mené à une exacerbation des problèmes de dépression. Après un an, les deux groupes se sont améliorés, les participantes se réorientent vers l'extérieur alors que les non-participantes sont encore tournées vers elles-mêmes et ce n'est que plus tard qu'elles se réorienteront vers l'extérieur.

Ainsi, la participation à un groupe d'entraide est avantageuse pour ces femmes.

2.2.4 Videka-Sherman (1982). Protocole quasi expérimental

Cette auteure s'est particulièrement intéressée à voir le lien entre le type de participation ou d'implication dans un groupe d'entraide et l'adaptation de parents en deuil de leur enfant. Les sujets de l'étude sont membres de divers groupes *Compassionate Friends* et le décès de leur enfant ne remonte pas à plus de dix-huit mois.

Une participation plus grande des parents (c'est-à-dire participer à plusieurs réunions et assumer un rôle additionnel dans le groupe) mène à un changement personnel plus important mais ne diminue pas la dépression. En effet, toutes les personnes, quel que soit leur engagement dans le groupe (de nul à élevé) sont moins déprimées un an après la première passation du questionnaire. Mais selon l'auteure, les participants actifs ont acquis un sens de contrôle et une nouvelle façon d'être dans le domaine interpersonnel.

2.2.5 McCourt, Barnett, Brennen et Becker (1976). Protocole pré-expérimental

Ce programme a offert aux hommes et aux femmes vivant une situation de deuil quatre types d'activités: un service d'écoute téléphonique par un pair, des visites à domicile, des rencontres sociales et des séminaires communautaires.

On apprend que le recrutement des personnes est difficile. Mais une enquête auprès de cent personnes choisies au hasard et ayant déjà été en contact avec le programme indique que d'après la majorité des gens ce programme les a aidés mais qu'ils se sentent encore déprimés, au moins une fois de temps en temps. Ces résultats ne peuvent donner qu'une vague indication de la qualité du programme à cause de la méthode retenue.

Nous pouvons conclure que les stratégies d'intervention de crise fondées sur l'utilisation de techniques d'intervention individuelle centrée sur le moi ont connu des échecs. Le recours à des stratégies faisant appel au support plus général de l'entourage (groupe d'entraide, service d'écoute) semble plus efficace. Il attire aussi plus facilement les gens. Contrairement à ce qu'on peut attendre, l'implication dans ces systèmes de supports naturels ne diminue pas nécessairement les problèmes de dépression puisque ces expériences encouragent pendant les premiers temps à vivre sa peine. Cela donne cependant l'occasion de se développer personnellement et de répondre chez les veufs et veuves à leurs problèmes d'anxiété et d'incertitude. Le rôle du professionnel serait alors d'encourager le recours à ces systèmes d'entraide ou encore de pallier à l'absence de ces ressources. Il pourrait de plus y avoir intérêt à identifier et à aider les groupes à risque.

2.3 Les tentatives de suicide

Cette partie ne se veut pas exhaustive. On renvoie plutôt le lecteur aux documents sur le suicide publiés au Québec. Nous en parlons ici pour donner une vue d'ensemble des programmes de prévention[3].

L'approche la plus usitée est le développement d'un centre d'intervention de crise offrant surtout du counseling par téléphone. D'autres services s'ajoutent comme le compagnonnage (pairage d'un bénévole et d'une personne en crise), le support à l'entourage, l'information de masse, la formation de paraprofessionnels mais ils ne semblent pas évalués.

2.3.1 Bagley (1968). Protocole quasi expérimental

Il s'agit d'une évaluation de l'intervention de crise des Samaritains. Ce programme offre un service d'écoute téléphonique animé par les bénévoles. Il est aussi possible de recevoir le support d'un accompagnateur. Bagley a sélectionné 30 villes appariées sur diverses variables sociales. Quinze de ces villes servent de groupe de comparaison aux quinze autres. Il vise à vérifier si le taux de suicide a varié dans les villes suivant l'implantation d'un centre de Samaritains. Les résultats indiquent une réduction significative du taux de suicide dans les villes où est implanté ce service; l'efficacité est cependant plus grande dans les villes plus petites (les villes retenues avaient une population de 50 000 et plus). Un élément essentiel serait la facilité d'informer la population de l'existence du centre dans ce type de ville. À cause du schéma d'évaluation, ceci n'est qu'une indication et non une preuve de succès, comme le conclut l'auteur.

2.3.2 Roberge (1982). Protocole pré-expérimental

Il s'agit d'une évaluation du Centre de prévention du suicide de Québec, plus particulièrement du service d'écoute téléphonique. Il ne s'agit pas d'évaluer l'efficacité du centre mais plutôt de mieux comprendre qui est la clientèle rejointe, quels sont les objectifs atteints par le Centre. Un échantillon de bénéficiaires est constitué à partir des dossiers. Les principaux résultats indiquent que la clientèle du CPS n'est pas exclusivement suicidaire, mais qu'une certaine proportion présente un potentiel suicidaire élevé.

---

3 Morrissette (1980) relève dix études évaluatives majeures : Bagley, Bridge *et al.*, Lester, Litman, Meacher et Acey, Motto, Murphy, Wely, Wold, Wold, et Litman. Mais certaines ne sont que descriptives.

2.3.3 Bloom, Seymour, Halleck, Rice, Ryan et Madison (1969). Protocole quasi expérimental

À la suite de plusieurs tentatives de suicide sur un campus universitaire, ces auteurs ont élaboré un programme consistant en rencontres (de novembre à juin) entre les professionnels de la santé mentale et les *dormitory housefellows* dont les buts étaient éducatifs. Ils visent à augmenter leur sensibilité au problème, à savoir l'identification adéquate et la prévention des tentatives de suicide parmi les étudiants. Ainsi les *dormitory housefellows* agissent comme agents intermédiaires auprès de la population étudiante. Voici une description de leur rôle dans le milieu:

> « Tel que perçu en milieu psychiatrique dans le secteur de la santé publique, le « superviseur des résidences des étudiant(e)s » (housefellow) est une personne particulièrement importante. Il joue un rôle de premier plan en matière de qualité de support émotionnel et de contrôle du comportement dans les résidences, mais il est également responsable pour dépister et rapporter les problèmes des étudiant(e)s aux personnes-clés. Ainsi un projet qui aurait pour but d'améliorer les connaissances et de sensibiliser les « housefellows » devrait permettre aux étudiant(e)s de mieux s'adapter au milieu collégial. Si c'était le cas, ou noterait une amélioration dans la performance aux études, une diminution dans le nombre de demandes d'intervention policière, une diminution du taux d'utilisation des salles d'urgence, un usage approprié des services de santé, de counseling, et de psychiatrie, une diminution du taux d'abandon d'études, etc. » (p. 509) (Traduction)

On veut comparer les étudiants d'une résidence recevant le programme avec ceux d'une autre résidence ne le recevant pas. Les objectifs mesurés ne concernent cependant pas directement le suicide. On ne trouve pas de différences dans le nombre de « drop-out », dans la performance scolaire ou dans le nombre de visites à des agences de services de la communauté universitaire. Le programme ne semble donc pas avoir réussi. Les auteurs mentionnent cependant un phénomène qui a pu diminuer l'impact du programme: la nouvelle responsabilité qui incombait aux animateurs a mené à un différend entre l'administration et ces derniers. Une autre faiblesse de l'étude tient au fait que nous ne savons rien de la qualité et de la quantité des interventions des animateurs ainsi que de l'impact de leur formation.

2.3.4 Eastwood, Brill et Brown (1976). Écrit-synthèse

Eastwood, Brill et Brown (1976) traitent de façon globale des tentatives d'évaluation des centres d'intervention de crise. À cet effet, ils rapportent la recherche de Bagley (1968) qui, en comparant 15 villes de Grande-Bretagne ayant des centres samaritains appariées avec 15 autres villes n'ayant pas de ces centres, ont trouvé que les premières avaient en général une baisse dans les taux de suicides (1,85 % en moyenne) tandis que les deuxièmes connaissaient des accroissements (19,48 % en moyenne). Ils mentionnent cependant qu'à ce moment-là le taux de suicide déclinait en Angleterre et au pays de Galles et que la méthode d'empoisonnement au gaz de charbon a été éliminée puisque le Gas Council a fait enlever l'élément monoxyde de carbone. À Los Angeles, Litman (1971) considère que son centre a réduit les taux de suicide de 5 à 10 %; par contre, il semble que ce soit des experts professionnels et des spécialistes qui ont recueilli des données, tandis que dans la recherche précédente, il s'agissait de volontaires. Lester (1973) a mené une étude similaire à celle de Bagley mais aux États-Unis auprès de 27 villes sans centre de prévention et de 17 villes avec des centres. Il conclut à l'inefficacité des centres à réduire le taux de suicide, cependant, Eastwood *et al.* notent la présence de problèmes méthodologiques au niveau de l'appariement des villes.

Ces auteurs relèvent les principaux problèmes reliés à l'évaluation de tels centres. Premièrement, il n'existe pas de normes de soin ou une conduite éthique exigée pour de tels centres et il n'y a aucun mécanisme pour s'assurer d'avoir au moins une qualité minimale. Deuxièmement, bien que leur clientèle présente un risque suicidaire élevé, une minorité d'appels téléphoniques portent sur le suicide comme tel. Troisièmement, l'anonymat des bénéficiaires et l'évitement de soins prolongés ou spécialisés rendent l'évaluation de ces centres difficile. Les auteurs relèvent aussi le manque de suivi dans la plupart des centres. À cet effet, Eastwood *et al.* (1976) citent les résultats de McKenna *et al.* (1975) qui montrent que la majorité des appels proviennent plutôt de « suicidaires chroniques » que de « suicidaires en crise aiguë », et que l'intervention de crise a peu d'impact sur les émotions suicidaires et les problèmes psychologiques des suicidaires chroniques.

Selon eux, il y a maintenant une accumulation importante de connaissances concernant les facteurs associés et les antécédents au suicide mais, par ailleurs, les résultats des mesures préventives

sont décevants. À cet effet, voici les recommandations de ces auteurs :

> « Notre approche devrait être raffinée afin que tous les intervenants concernés puissent mieux saisir la variété des idéations suicidaires et ainsi parvenir à répondre aux besoins des individus à risque élevé. Il relève donc des secteurs médicaux et paramédicaux de traiter cette forme de trouble comportemental mais il faut surtout qu'ils évaluent leurs connaissances et expériences. Au lieu d'offrir des services parallèles et qui se recouvrent en partie, les services médicaux et non médicaux auraient tout intérêt à collaborer plus étroitement et, par le biais de programmes d'évaluation minutieusement préparés, réaliser un mode d'intervention qui pourra donner un rendement optimal ». (p. 574) (Traduction)

2.3.5 Clum, Patsiokas et Luscomb (1979). Écrit-synthèse

Clum, Patsiokas et Luscomb (1979) ont effectué un relevé de littérature sélectif sur les facteurs prédicteurs des tentatives de suicide (*parasuicide*), la prévention primaire des tentatives de suicide, ainsi que leur prévention secondaire. Ils concluent que la littérature scientifique suggère fortement que la voie la plus viable pour la recherche réside dans la prévention secondaire du « *parasuicide* », la prévention primaire ayant échoué à réduire les taux de tentatives de suicide.

Le relevé de littérature révèle une pauvreté des études portant sur des programmes d'intervention (prévention primaire et secondaire) visant à réduire le suicide et les tentatives de suicide. Peu d'études sont sous-tendues par un modèle théorique, et aucune d'elles ne possède un groupe contrôle adéquat.

Il ressort des études examinées que l'efficacité des ces programmes s'est avérée la plupart du temps décevante. À cet effet, ils citent des auteurs tels Chowdhury et Kreitman (1971), Holding (1974), Walk (1967) et Weiner (1969). Pour procéder à l'évaluation des programmes de prévention du suicide, ces auteurs ont comparé le taux de suicide et de tentatives de suicide d'une communauté où un tel programme était en opération avec le taux de suicide et de tentatives de suicide avant que le programme ne soit appliqué ou alors avec le taux d'autres communautés non desservies par ce genre de programme. Les résultats se présentent comme suit :

> « Dans chacune de ces études le taux de suicide subséquent à la mise sur pied de centres de prévention du suicide ou de centres de détresse était (a) plus important (Los Angeles) ou ne

présentait aucune différence (San Francisco) par rapport à une période antérieure pour ces mêmes communautés (Weiner, 1969); (b) ne présentait aucune différence par rapport à une période antérieure pour Chichester, England (Walk, 1967); et (c) ne présentait aucune différence après une série de programmes télévisés portant sur la disponibilité des centres de crises (cette série télévisée avait réussi à faire croître le nombre de contacts avec des personnes en détresse de plus de 100 %; Holding, 1974) ». (p. 940) (Traduction)

Il est important de relever ici les problèmes inhérents à ce genre de recherches identifiées par Clum *et al.* (1979):

« Premièrement, des données sur le taux de suicide sont basées sur un phénomène de fréquence très faible, dont la constance dans le temps et dans diverses situations est remise en question. Deuxièmement, l'établissement de Centres de prévention du suicide fait que l'on accorde plus d'attention au suicide et on note alors une plus grande tendance à vouloir identifier certains décès comme étant des suicides, faisant ainsi croître le taux dans ces régions. Troisièmement, le fait de comparer les taux parmi des villes qui ne sont pas comparables comporte le risque de pouvoir attribuer le changement à la mauvaise variable, par exemple une troisième variable quelconque sera valable dans une ville mais pas dans l'autre. Enfin, les objectifs de tels centres, à savoir la prévention du suicide, peuvent manquer de réalisme. Il est vraisemblable, par exemple, que les personnes qui finissent par réussir à se suicider se situent au-delà de la phase de « demander de l'aide » que de tels centres cherchent à promouvoir. En outre, des contacts téléphoniques anonymes ne semblent pas suffisants pour influencer un suicidaire sérieux ». (p. 941) (Traduction)

Ils proposent de changer le critère d'efficacité. Ainsi au lieu d'évaluer un service par rapport au taux de suicide, ils suggèrent de le faire en fonction du taux de tentatives de suicide.

Certains voudront conclure que les centres de crise sont inefficaces à réduire le taux de suicide dans une région, ce qu'indiquent plusieurs études. Mais il faut rappeler que ce critère de succès est extrêmement exigeant et que bien des interventions ne peuvent démontrer qu'elles réduisent la prévalence ou l'incidence des problèmes. De plus, de nombreux problèmes méthodologiques assaillent ces recherches sur la prévention du suicide. Comme il faut tout de même se prononcer sur l'efficacité, nous soulignerons que ces centres connaissent une certaine popularité car leur clientèle est nombreuse, qu'ils rejoignent plus les suicidaires chroniques qui, ne l'oublions pas, sont tout de même des personnes en détresse. Leurs

activités d'animation, d'information de masse, de formation de bénévoles ne sont pas évaluées et c'est peut-être là que réside leur force. On n'a pas de toute façon cerné quels sont les ingrédients essentiels au succès de telles entreprises.

2.4 Les crises multiples

2.4.1 Roskin (1982). Protocole quasi expérimental

Roskin rapporte l'évaluation d'un programme s'adressant à une population à risque : individus ayant vécu deux changements ou plus dans leur vie au cours de la dernière année et n'ayant pas reçu de traitement formel. Le service offert est une série de six rencontres de groupe (présentation de 20 minutes par un professionnel suivie de discussion). Parmi les 68 participants, 72 % des changements sont liés à la mort d'un membre de la famille, à une maladie ou à un accident personnel. L'auteur conclut que l'intervention a un effet bénéfique global en ce qu'il réduit la détresse des individus. Pour les gens ayant vécu la mort d'un proche, il est plus difficile d'améliorer les problèmes de dépression mais on peut réduire la somatisation.

Ce programme semble cependant difficile à implanter (6 000 questionnaires postés, 675 répondants et finalement 115 personnes satisfaisant aux critères) surtout à cause du recrutement. Il semble aussi utopique d'arriver à créer en six rencontres des liens durables de support entre des individus, processus jugé (par l'auteur) indispensable au succès.

2.5 Conclusions générales

L'éventail des événements stressants couvert dans cette partie est incomplet. Nous n'avons en effet pas traité, par exemple, des problèmes de perte d'emploi. Seidman et Rapkin (1983) mentionnent que les programmes de prévention en ce qui concerne la perte d'emploi sont peu nombreux. Ils envisagent comme possibilités une campagne d'information de masse visant à déculpabiliser le chômeur et la participation à des groupes d'entraide. Par ailleurs, il existe quelques programmes aidant à faire face aux problèmes d'hospitalisation. Heller (1984) en souligne les ingrédients essentiels et les limites en ce qui concerne la population enfantine et adulte.

Il reste qu'une liste exhaustive d'événements négatifs ne peut seule inspirer les programmes de prevention car on pourrait finir par s'occuper des personnes qui reçoivent de simples contraventions. C'est pourquoi certains préfèrent parler de moments de transition

pouvant avoir des incidences positives ou négatives. On verra dans la partie suivante des programmes de promotion orientés vers des gens vivant des moments de transition comme l'arrivée au collège, la naissance d'un enfant, moments perçus comme positifs mais pouvant causer un certain stress.

Finalement, il y a un problème majeur dans l'emploi du modèle actuel des événements stressants pour inspirer des programmes de prévention. Ce modèle est trop axé vers la pathologie. On ne vise pas à comprendre ce qui pourrait améliorer la qualité de la vie. De plus, une fois que l'on a dit qu'un événement de la vie comme un deuil ou la retraite cause du stress, cela nous éclaire peu sur les stratégies pratiques à envisager. Felner, Farber et Primavera (1983) exposent fort bien ces problèmes. Ils proposent de cerner les tâches communes que doivent entreprendre les gens vivant de tels événements négatifs ou tenant compte qu'il s'agit de processus à moyen ou à long terme. Les tâches identifiées jusqu'à maintenant sont: une restructuration cognitive (conception de la vie), des modifications de rôles, une reconstruction du réseau de soutien et la réorganisation de la routine quotidienne.

Dans l'ensemble des programmes décrits ici, le recours au groupe d'entraide semble le mieux permettre d'atteindre ces objectifs. Il faut cependant aborder l'analyse de l'efficacité des groupes d'entraide avec prudence. (Lavoie, 1981). Une démarche active de recrutement semble de plus nécessaire pour rejoindre les gens en crise ce que n'assurent pas habituellement les groupes d'entraide. On devrait les sensibiliser à ce problème ou encore voir à faire du premier contact avec les gens en crise la tâche d'un(e) paraprofessionnel(le) travaillant avec un groupe d'entraide. Le rôle du (de la) professionnel(le) se modifie donc pour en être un de support à ces divers aidants naturels. Le rôle des bénévoles n'est pas à négliger non plus dans les centres d'écoute téléphonique.

La prévention réactive. Clientèle cible: les environnements ou les communautés

Il faut souligner la rareté de programmes de prévention réactive concernant les environnements. Ceci n'enlève cependant rien à leur intérêt car il semble qu'on y recourra davantage à l'avenir. Nous nous référons au tableau 1 ainsi qu'au modèle écologique pour orienter notre relevé qui porte plus sur des possibilités que sur des programmes évalués.

1. Programmes s'intéressant aux environnements menaçants

Il peut y avoir une menace liée aux facteurs économiques, au climat social et à l'environnement physique.

1.1 Facteurs économiques

Trop souvent négligée par les intervants en santé mentale, la pauvreté semble jouer un rôle important dans la détresse émotionnelle des individus ou à tout le moins accompagne souvent cette détresse (Einsenberg, 1981).

Seidman et Rapkin (1983) affirment que des programmes de prévention devraient se préoccuper de ces facteurs. Ils suggèrent d'identifier des populations à risque (exemple: les quartiers de classe défavorisée se trouvant dans des milieux urbains hétérogènes), de développer des stratégies réactives comme les groupes de support pour chômeurs, des stratégies proactives visant à influencer les choix politiques (fermetures d'usines, mises à pied, etc.) ou encore à équiper les citoyens pour qu'ils puissent avoir une influence sur les structures économiques qui les entourent (création de coopératives, etc.).

1.2 Climat social

Selon cette approche, les environnements ne favorisant pas une certaine croissance personnelle et une qualité de relations interpersonnelles seraient menaçants pour leurs habitants. L'objectif est donc de réorganiser ces environnements. Insel et Moos (1974) se servent de questicnnaires permettant de faire le point sur la perception des gens impliqués sur leur environnement et d'un processus de rétro-action de ces résultats. Des recherches ont permis de cerner certaines caractéristiques reliées à des environnements perçus comme adéquats et la consultation qui suit à la rétroaction vise à instaurer des changements à ces niveaux.

Quelques recherches évaluatives se sont déroulées selon cette approche. Daher, Corazzine et McKinson (1977) s'en sont servis pour aider des étudiants en résidence à faire en sorte que cet environnement réponde mieux à leurs besoins. Vincent et Trickett (1983) rapportent d'autres recherches mais elles se sont déroulées dans des milieux de traitement ou de réinsertion.

Vu le peu de documents se rapportant à la prévention en ce qui concerne les adultes, nous ne pouvons conclure quant à l'efficacité de cette approche. Ses avantages sont une simplicité d'utilisation,

une certaine rigueur et une évaluation prévue dès le départ; ses désavantages proviennent du fait qu'il n'y a pas d'environnement convenant à tous et que les particularités individuelles sont très importantes dans la détermination d'un environnement optimum. Il ne faut donc pas attendre de cette méthode qu'elle suggère des types d'environnements; elle doit plutôt servir à un processus d'animation.

D'autres auteurs parlent de la priorité à accorder aux combats contre le racisme (Einsenberg, 1980), nous pourrions ajouter le sexisme et les discriminations liées à l'âge.

1.3 Environnement physique

L'environnement physique, tant l'environnement naturel que l'environnement construit, peut faire l'objet d'interventions préventives réactives. Avant tout, on devrait voir à ne pas construire d'édifices à densité élevée, à ne pas situer les aéroports près des banlieues, etc. Mais comme ces interventions sont de nature politique, Wandersman, Andrews, Riddle et Fancett (1983) proposent des interventions à plus petite échelle et de nature réactive. On relève l'expérience de Baum et Davis (1980) qui ont modifié la disposition des chambres dans une résidence d'étudiants et ont ainsi amélioré la qualité de la vie et de la santé mentale des occupants. Dans le cas d'accidents majeurs polluant l'environnement, Wandersman *et al.* recommandent de tenir compte autant de l'effet des craintes des gens concernés que des dangers réels. On peut commencer à élaborer certaines stratégies préventives à partir de l'expérience de Three Mile Island et de Love Canal. Levine (1984) dans son livre *Love Canal: Science, Politics and People* relate bien ce qu'ont vécu les gens menacés par la pollution de leur environnement et la nécessité de l'organisation communautaire. Brown (1980) propose des pistes d'interventions en ce qui concerne les désastres naturels ou ceux causés par l'homme.

2. Programmes s'intéressant aux environnements aux prises avec des difficultés

Nous parlons ici des environnements ou des communautés cumulant des facteurs de risque ou faisant face à des événements stressants de nature négative.

Au niveau économique, on sait que l'annonce d'une période de chômage bouleverse autant l'individu que la mise à pied proprement dite et autant sa famille que le futur chômeur. Aussi, dans les

régions où les communautés sont menacées de fermeture d'usines, il devrait y avoir des services offerts dès l'annonce de la fermeture.

Au niveau du climat social, la vie de travail et la vie de quartier semblent les plus susceptibles de faire face à des changements. En effet, l'introduction de la bureautique peut modifier le climat de travail en ne respectant pas les besoins des gens (support des pairs, possibilités d'échanges et de contact, etc.). Et l'arrivée ou l'exode d'habitants d'un quartier peut porter atteinte aux structures de support. Il faudrait donc prévoir des mécanismes pour y réinstaurer un climat favorable.

Brown (1980) propose une synthèse des interventions possibles lorsqu'il y a des modifications en vue dans une communauté (violence, changements ethniques, etc.).

Nous avons relevé une expérience portant sur une intervention de crise dans une communauté.

2.1 Cromer et Burns (1982). Rapport descriptif

La crise est née d'une réglementation fédérale américaine voulant que les enfants de Charlestown doivent se rendre aux écoles publiques de Boston en autobus. Les résidents de cet endroit s'identifient cependant beaucoup plus à Charlestown qu'à Boston et s'élèvent contre ce règlement. Les effets à court et à long terme du conflit sont les suivants: un nombre accru d'enfants se plaignent de douleurs somatiques sans fondements organiques; les enfants commencent à consulter des médecins, ce, pendant la journée scolaire; une majorité d'enfants ont été retirés de l'école publique, certains ne fréquentant pas du tout l'école pendant un an; un nombre accru de familles consultent le Centre de santé communautaire.

Deux professionnels de ce centre se sont servis de l'intervention de crise en travaillant à partir d'un atelier de consultation et en ne prenant pas position. Ils soulignent l'importance de limiter les rumeurs. Il n'y a pas d'évaluation de leur expérience mais après six ans, ils concluent que la communauté a survécu à la crise et que les liens avec le Centre de santé sont encore convenables.

Au niveau de l'environnement physique, les stress les plus fréquents viennent des changements de zonage, des projets de rénovation urbaine, des modifications de la circulation routière. Wandersman *et al.* (1983) parlent d'intervention de crise, de programmes d'éducation visant à contrer ces stress, nous pourrions ajouter des programmes d'organisation communautaire visant à la participation des citoyens à la prise de décisions. Ainsi, O'Sullivan, Waugh et

Espeland (1983) rapportent l'histoire de la réaction des Amérindiens Yaropai de la communauté Fort McDowell à l'annonce de la construction d'un barrage ainsi que de l'étude d'impact sur l'environnement et de la consultation publique qui en découlèrent.

Par ailleurs, ces environnements peuvent cumuler des facteurs de risque comme un nombre élevé de chefs de familles monoparentales, la pauvreté, l'absence de ressources professionnelles ou bénévoles, etc. Les études de Garbarino (1982) qui montrent un lien entre ces facteurs et l'abus d'enfants nous incitent à consacrer nos interventions à de tels quartiers à risque.

3. Conclusions

Certains diront que ces interventions préventives ne relèvent pas des experts en santé mentale mais ce point de vue est de plus en plus remis en question. Ces types de programmes devraient pouvoir trouver leur place à côté des programmes s'adressant aux individus. Il est cependant difficile d'en identifier les ingrédients actifs puisque ces interventions sont relativement récentes. Elles exigent d'ailleurs une nouvelle façon d'envisager les problèmes. Il faudra voir à suivre les évaluations qui seront réalisées.

La promotion de la santé mentale

1. Promotion auprès des individus

On considérera dans cette partie, les programmes de promotion s'adressant à des clientèles spécifiques. On retrouve essentiellement deux clientèles parmi les programmes évalués: les femmes et les étudiants de niveau collégial ou universitaire. Notons qu'il y a davantage de programmes de promotion de la santé physique, ces derniers incluant souvent des techniques de gestion du stress, mais ils ne sont pas répertoriés ici.

1.1 Les femmes

1.1.1 Tableman, Marciniak, Johnson et Rodgers (1982). Protocole quasi expérimental

Ce programme s'adresse à des femmes recevant une forme de bien-être social, ayant des enfants à charge et n'ayant pas consulté de spécialistes en santé mentale. Elles participent volontairement au projet qui favorise un apprentissage des habiletés à affronter les diverses situations de la vie. Les objectifs sont d'augmenter l'estime

de soi, d'enseigner des stratégies de planification et de gestion de stress. Les sessions de groupe se donnent dans des centres communautaires et les femmes ont des exercices à faire à la maison.

Il y a pré et post-test (six mois de délai) mais les 116 participantes ne sont pas distribuées au hasard dans le groupe recevant le programme et dans le groupe contrôle. Cela nuit à l'interprétation car les deux groupes se révèlent non équivalents.

Les auteurs concluent d'après les trois mesures de changement que les femmes ayant suivi le programme ont moins d'anxiété et moins de symptômes de dépression et plus confiance en elles. Les participantes rapportent que les sessions sont une occasion d'établir des contacts, de prendre du recul, de parler de leurs problèmes et de trouver des solutions, de se sentir mieux, etc. Les travailleurs sociaux côtoyant ces mêmes femmes soulignent qu'elles font moins d'appels d'urgence et qu'elles s'attaquent plus rapidement à trouver des solutions.

Mais on ne peut savoir à quoi attribuer ces changements favorables puisque le programme contient plusieurs ingrédients : groupe de support, groupe de conscientisation, restructuration cognitive, entraînement à la résolution de problème, etc. De plus, un bon nombre de personnes ont abandonné même si trois professionnels étaient responsables de la bonne marche du programme.

1.1.2 Currie (1983). Protocole pré-expérimental

Il s'agit de l'évaluation d'un projet de trois ans, le *Women's Self Help Network*. Travaillant dans une région rurale, le réseau veut aider les femmes isolées à acquérir des habiletés leur permettant d'améliorer leur propre vie et celles des autres femmes de leur communauté. Le moyen privilégié par le réseau est la dispensation de quatre cours (*Expression for Women*, *Peer Counseling*, *Living Skills* et *Women Changing*) et un contact actif des communautés éloignées par des membres du réseau central.

Le type d'évaluation retenu privilégie une approche d'observation et d'études de cas. On veut ainsi se prononcer quant à l'impact du programme sur les participantes et sur les réseaux. De plus, on veut analyser l'efficacité des processus d'implantation et des structures du programme et vérifier comment le programme a été perçu par les autres institutions.

Au début, les organisatrices orientent les cours vers une approche didactique voulant amener à une certaine « conscientisation » alors que dans l'ensemble les participantes demeurent centrées sur

elles-mêmes et recherchent même des solutions à un problème personnel. Afin de mieux développer cette conscience sociale, on recourt plus tard à l'approche pédagogique de Freire, mais on ne peut conclure si ce cours a davantage sensibilisé, surtout parce que cette tentative a eu lieu tard dans le déroulement du projet. Le cours *Peer Counseling* a connu le plus de déboires parce qu'on ne savait pas quelle suite y donner et que les participantes ne s'engageaient pas automatiquement comme aidantes dans leur communauté. Il faut souligner comme impact positif indirect du programme la formation d'une centaine d'animatrices de groupe non professionnelles.

Les études de cas montrent que la majorité des femmes ont perçu les cours comme des occasions de développement personnel et en ont profité. Il ne semble pas y avoir de prise de conscience à un niveau social ou politique.

L'évaluatrice conclut que l'intérêt du rapport réside dans les nombreuses recommandations pratiques dont d'autres groupes devraient se servir afin d'éviter de ré-inventer le bouton à quatre trous. Le mode d'évaluation qualitatif a d'ailleurs permis d'améliorer le programme pendant les trois années d'implantation.

1.1.3 Hodgson (1984). Protocole quasi expérimental

La création d'un programme pour parents au centre pour femmes *The Jane/Finch Community and Family Centre* dans un quartier de Toronto a été suivie d'une recherche évaluative de trois ans. L'objectif de la recherche est de vérifier si la participation à des activités du centre modifie les attitudes et les comportements des femmes. Le centre sollicite la participation de façon active, offre des lieux de rencontres informelles en divers endroits et le support de pairs et d'animatrices non professionnelles.

L'évaluation compare des femmes fréquentant le programme *The Child and Parent Centre* à d'autres qui ne le fréquentent pas. Les objectifs du centre sont d'augmenter les ressources des mères ayant de jeunes enfants, d'augmenter leur confiance en elles-mêmes comme femmes et comme parents, d'augmenter le nombre de personnes engagées comme aidantes dans la communauté. L'auteur conclut au succès du programme. La stratégie retenue, l'engagement des femmes elles-mêmes, permet de rejoindre des personnes isolées et vivant de nombreux problèmes; de plus les femmes développent de nouvelles amitiés et de nouveaux rôles. Les participantes se jugent comme étant de meilleurs parents, elles se révèlent moins souvent déprimées que le groupe de comparaison.

Quoique ce programme ne parvienne pas à modifier la santé physique, il a un impact intéressant sur la santé mentale.

On peut conclure que cette évaluation démontre que des non-professionnelles peuvent mener à bien un tel programme de mobilisation des ressources profanes d'une communauté. Il existe quelques inconvénients à ce militantisme qui sont discutés dans le rapport.

1.1.4 O'Connor, Vietze, Sherrod, Sandler, Altemeier (1982). Protocole expérimental

Ces auteurs veulent vérifier si la cohabitation mère-nourrisson immédiatement après la naissance favorise l'établissement d'une relation positive entre les deux et ainsi diminue les mauvais traitements. Ils offrent donc la possibilité de cohabiter à 143 mères et maintiennent la routine hospitalière habituelle pour 158 méres déterminées au hasard.

À un âge moyen de 17 mois, les auteurs vérifient ce qu'il est advenu des enfants surtout en ce qui concerne les rapports officiels de services. Il semble que le groupe ayant joui de la cohabitation a connu de meilleures pratiques parentales. Lorsqu'on s'interroge sur les ingrédients efficaces dans ce programme, il ne faut pas oublier que la cohabitation s'accompagne de la possibilité plus grande de visites du père et de la grand-mère maternelle ce qui a pu resserrer les liens familiaux.

(Notons que cohabiter ne veut pas dire contact de 24 heures/24 heures).

1.1.5 Siegel, Bauman, Schaefer, Saunders, Ingram (1980). Protocole expérimental

Il s'agit encore d'un programme de cohabitation mère-nourrisson mais suivi cette fois d'un contact à la maison fait par des paraprofessionnels entraînés et supervisés. Cette personne rencontre la mère à l'hôpital puis la revoit chez elle pendant les trois premiers mois, elle vise à augmenter l'implication de la mère et lui offre son aide face aux diverses situations stressantes.

Le contact précoce avec l'enfant semble jouer un rôle plus grand que les visites à domicile en ce qui concerne le comportement maternel. Mais d'autres variables socio-démographiques influencent beaucoup plus ce comportement maternel (âge, statut social, scolarité, race, nombre d'enfants) que l'intervention. Notons que chez des femmes ayant un potentiel d'abus très faible, il n'est pas surprenant

que l'intervention n'amène pas une réduction de leurs comportements abusifs, ceux-ci ne pouvant être plus bas. Il faudrait donc vérifier l'impact du programme auprès des femmes à risque en ce qui concerne l'abus, et voir chez les femmes en général les effets sur des comportements plus généraux d'attachement. Ajoutons que les paraprofessionnels disent qu'il serait important de connaître la mère pendant sa grossesse plutôt que d'attendre après l'accouchement.

1.1.6 Broussard (1976). Protocole quasi expérimental

Il s'agit encore une fois d'un programme visant à favoriser un meilleur contact entre la mère et l'enfant mais en recourant au visionnement de films. Ce programme d'anticipation veut faire en sorte que la mère accepte ses sentiments et prévoit les problèmes liés aux soins de l'enfant. Deux groupes de femmes participent à l'étude: un groupe voyant les trois films et un groupe contrôle. Malheureusement certaines femmes n'ont vu qu'un des trois films. Les conclusions sont que le visionnement de deux ou trois films influence de façon bénéfique la perception de la mère vis-à-vis de son enfant, surtout chez la mère qui initialement considérait son enfant comme supérieur à la moyenne. Malgré les lacunes de l'instrument de mesure et le délai d'évaluation très court d'un mois, on peut noter l'intérêt de l'approche. Surtout qu'un suivi auprès des enfants de 4½ ans révèle que les enfants évalués positivement par leur mère à l'âge d'un mois ont moins de pathologies que les autres d'après les évaluations de psychiatres.

1.2 Les étudiants de niveau collégial ou universitaire

1.2.1 Bloom (1971). Protocole expérimental

Bloom évalue un programme d'intervention préventive s'adressant à des universitaires de première année (207 étudiant-e-s). Ce programme vise à favoriser une plus grande maturité émotionnelle, une meilleure adaptation à la communauté, à diminuer les dysfonctions psychologiques et le nombre de drop-outs. L'approche spécifique est le recours à des questionnaires avec le groupe cible et à un feed-back individualisé sur les réponses aux questionnaires. L'auteur veut ainsi fournir aux étudiant-e-s un point de repère pouvant faciliter une certaine comparaison, un moyen d'expression de leurs sentiments face à l'université, des outils pour mieux comprendre les stress et l'occasion de rencontrer quelqu'un (le chercheur, mais peu d'entre eux l'ont fait).

Il a été difficile d'obtenir la participation des gens du groupe de comparaison. De plus, les délais étaient trop longs avant que les étudiant-e-s aient les résultats sous forme de rapports. Mais dans l'ensemble, le projet connaît une réussite modeste, le groupe expérimental ayant un taux un peu plus élevé de survie à l'université. On n'a malheureusement pas vérifié la maturité émotionnelle et la diminution des dysfonctions qui étaient pourtant les objectifs. Il faut noter les commentaires très positifs émis par les jeunes sur cette expérience : 80 % disent avoir appris sur eux-mêmes en remplissant les questionnaires et 70 % en lisant les rapports.

Cette recherche nous présente une nouvelle approche peu coûteuse et assez populaire puisque, après un an, 75 % des étudiant-e-s invité-e-s continuent à y répondre. Mais l'évaluation boiteuse ne permet pas d'en comprendre les effets.

1.3 Conclusions générales sur les programmes de promotion auprès des individus

Comme on a pu le voir, ces programmes se sont restreints à des clientèles peu variées. La femme y est souvent abordée sous son rôle de mère et dans le but évident d'assurer de bonnes conditions de vie pour son enfant. On retrouve un peu le même manque d'ampleur dans le programme pour étudiant(e)s où finalement on ne s'intéresse qu'à leur survie scolaire. Il faut souligner cependant les quelques programmes considérant la femme sous de multiples facettes.

Encore une fois, on peut remarquer l'importance des paraprofessionnels et des pairs. Par les expériences sur la cohabitation, on comprend aussi la nécessité de changements dans les pratiques institutionnelles qui devraient considérer en premier lieu le bien-être de leur clientèle. Par ailleurs, deux nouvelles stratégies sont répertoriées : le film et la rétroaction comparative à partir d'un questionnaire.

Soulignons qu'une majorité de ces programmes s'intéressent à des moments de transition de la vie comme la naissance d'un enfant, l'entrée à l'université. On pourrait donc envisager d'autres programmes s'arrêtant au premier emploi, aux moments de réinsertion sur le marché du travail, etc., et pourquoi pas aux femmes de carrière, aux hommes-pères.

2. Promotion auprès des couples et des familles

Nous ferons nôtre la classification de Wackman (1983) qui identifie des programmes de promotion de la santé mentale pour les couples, pour les familles et plus particulièrement pour les parents.

Nous nous référons surtout à des écrits-synthèses puisque de nombreuses références ne sont pas disponibles.

2.1 Les couples

2.1.1 Olson (1983). Écrit-synthèse

Olson fournit une analyse critique des programmes de préparation au mariage se déroulant aux États-Unis. Dans ce pays, environ le tiers des couples ne reçoit aucune préparation au mariage, le quart rencontre une fois ou deux un membre du clergé et 45 % reçoit une préparation plus élaborée. Il relève cinq recherches évaluatives, sa description reste cependant très sommaire. Un premier type de programme est un programme éducatif par conférences durant de six à huit semaines. Norem, Schaefer, Springer et Olson (1980) à partir d'une étude de cinq de ces programmes concluent à leur inefficacité en ce sens qu'il n'y a aucun changement d'attitude chez les participants. Il y a même un impact négatif : les gens ne sont plus du tout intéressés aux programmes d'enrichissement du mariage.

Un deuxième type de programme utilise comme mode d'animation un questionnaire à partir duquel on fournit une rétroaction. Druckman, Fournier, Olson et Robinson (1981) concluent que cette approche est plus productive qu'une rencontre avec un prêtre ou que des réunions de groupe.

Un troisième type de programmes fait appel à de petits groupes et est structuré autour de l'apprentissage de certaines habiletés. L'approche de Guerney (1977) permet aux couples d'avoir plus d'empathie et d'habileté à se confier et d'être plus heureux de leur relation, et ce même six mois après la fin du programme. L'approche de Ridley, Avery, Harrell, Leslie et Dent (1982) conduit à une plus grande habileté à résoudre les conflits et à solutionner les problèmes. Une étude de suivi auprès de 1 000 couples ayant participé à un programme prémarital montre qu'il faut avoir assisté à au moins six rencontres avant de retirer des bénéfices de tels programmes (Wright, 1981).

Après cette courte revue des évaluations disponibles, Olson suggère que les ingrédients essentiels de cette intervention préventive sont le recours à un questionnaire et à la rétroaction, l'utilisation

du petit groupe et l'apprentissage de modes de communication et de résolution de problèmes. Le programme de préparation au mariage devrait de plus durer de six à huit semaines. Il suggère que pour atteindre la population non inscrite à ces programmes, il faudrait l'offrir dans l'année suivant le mariage, moment où les gens sont plus motivés.

2.1.2 Bader, Sinclair (1983). Écrit-synthèse

Cet écrit-synthèse relate l'étude expérimentale de Bader de Toronto où 63 couples se mariant religieusement participent soit au groupe expérimental recevant cinq sessions avant le mariage et trois autres après six mois de mariage, soit à un groupe de comparaison non impliqué dans ces sessions. Ils sont interviewés trois mois avant le mariage, trois mois après ainsi qu'un an et cinq ans après. Les groupes sont limités à cinq ou sept couples ; des films vidéos servent à animer la discussion. Les résultats indiquent que comparativement aux couples non inscrits, les couples participants améliorent leurs habiletés à résoudre des conflits, demandent plus facilement de l'aide extérieure et participent plus à des programmes d'enrichissement du mariage. Ces améliorations sont encore notées après cinq ans.

Les auteurs mentionnent également le programme postmarital de Guldner (1971). Celui-ci après avoir comparé des couples qui se rencontrent soit un mois, trois mois ou six mois après leur mariage conclut que le dernier groupe en a retiré le plus de bénéfices. Nous ne pouvons cependant conclure à la validité de ces résultats.

On peut retenir de cet écrit-synthèse que les plus grands apprentissages ont possiblement eu lieu lors des sessions postmariage, que des gens bien sensibilisés ou trouvant agréable un programme préventif sont susceptibles de suivre d'autres programmes semblables dans le futur.

2.1.3 Wackman (1983). Écrit-synthèse

Wackman (1983) offre une synthèse critique des études sur les programmes d'enrichissement du mariage. Ces programmes se situent sur un continuum allant d'expériences de sensibilisation (comme le *Marriage Encounter*) à des sessions de formation d'approche cognitive et comportementale en passant par un mélange de ces deux approches. Wackman rapporte les conclusions de Giblin (1982) tirée d'une méta-analyse de diverses études :

> « La plupart des programmes ont un impact modeste positif, (2) les impacts de programmes axés sur l'acquisition d'habiletés

sont en quelque sorte plus importants que ceux des programmes axés sur la prise de conscience (consciousness-raising) ou des programmes mixtes, (3) les résultats les plus efficaces se retrouvent dans l'acquisition d'habiletés spécifiques à la communication et les moins efficaces sur le plan de la satisfaction des relations; (4) les mesures d'impact de type comportemental démontrent un plus grand impact que des mesures d'auto-évaluation ». (p. 177) (Traduction)

Malgré le petit nombre d'études évaluatives, on peut finalement conclure que de tels programmes, surtout après le mariage, ont des impacts positifs quoique modestes. Les interventions axées sur l'acquisition et la pratique d'habiletés en petits groupes semblent plus prometteuses. Les conférences en grand groupe sont les moins efficaces. Il vaut donc la peine que les intervenants en santé mentale s'allient aux organismes religieux actuels dispensant ces formations et développent d'autres programmes pour les non-pratiquants.

2.2 Les familles

2.2.1 Spoon et Southwick (1972). Protocole pré-expérimental

Il s'agit d'un programme d'éducation à la vie familiale qui prône une meilleure santé mentale par l'acceptation de soi et l'acquisition d'habiletés interpersonnelles. Le programme consiste en huit rencontres de deux heures et utilise une approche assez flexible pour répondre aux besoins des gens. Divers thèmes sont abordés par l'animateur (communication parents-adolescents, etc.) ce qui mène ensuite à une discussion de groupe. Quinze groupes sont mis sur pied la première année mais où on note un taux d'abandon de 50 %, survenant principalement après la première rencontre de groupe. L'évaluation ne comporte que quatre questions sur la satisfaction ainsi qu'un instrument devant indiquer le changement cognitif ou émotif dû aux sessions. Le protocole est toutefois insatisfaisant. Deux remarques faites par les auteurs sont d'un certain intérêt:

1) les personnes n'ayant pas déjà connu une expérience de groupe ont de la difficulté à s'ajuster au fonctionnement libre du groupe,
2) ces groupes seraient plus bénéfiques pour des gens croyant avoir un problème.

2.2.2 Wackman (1983). Écrit-synthèse

Selon Wackman, les programmes d'enrichissement des familles comprennent diverses stratégies pour renforcer la cohésion dans une même famille ou encore entre quelques familles. Tous les membres de la famille y participent. Beaucoup moins évalués parce que plus récents, ces programmes ont d'après Giblin (1982) « a modest positive impact with strongest impacts on specific communication skills and less impact on other measures of family change or satisfaction ».

2.2.3 Sawin (1983). Rapport descriptif

Sawin décrit son expérience des *Family Clusters*. Il s'agit d'un groupe de quatre ou cinq familles entières qui prennent l'engagement de se rencontrer régulièrement pendant une assez longue période afin d'échanger sur leur vie familiale. Les premières expériences de cette nature ont eu lieu sous l'égide des Églises aux États-Unis. D'après l'auteur, cela prend jusqu'à quatorze rencontres avant que le fonctionnement optimal soit atteint. Les groupes sont démocratiques et non hiérarchiques, chacun peut y apprendre ou y enseigner mais il semble y avoir un animateur. Elle rapporte que ces programmes peuvent mener à l'établissement de liens durables entre diverses générations et avoir un impact positif sur le voisinage. Ils sont de plus des occasions d'échanges et de rétroaction. Mais il ne semble pas y avoir de recherche évaluative.

En conclusion, encore une fois l'approche éducative par petits groupes se révèle rébarbative pour plusieurs familles, comme le soulignent Spoon et Southwick. De plus, il est difficile d'y attirer des gens sans problèmes. C'est pourquoi une autre approche fondée sur l'entraide et l'échange comme celle de Sawin peut peut-être attirer un autre type de clientèle. Il faut sans doute penser faire de la sollicitation active auprès des familles autour de problèmes partagés comme le manque de loisirs, etc. En effet, d'après Kieffer (1984), il faut partir d'expériences problèmes vécues par les gens. Les évaluations actuelles ne peuvent actuellement proposer des avenues prometteuses de promotion.

2.3 Les parents

Les programmes pour les parents s'avèrent les plus connus. On peut mentionner ceux de Thomas Gordon (Parents efficaces), de Denkmeyer et McKoy (*Systematic training for effective parenting*) et de Guerney *et al.* (*Parent-adolescent relationship development*).

Giblin (1982) dans sa méta-évaluation rapporte que le programme de Guerney semble efficace, mais que des douze études du programme de Gordon, aucune n'avait d'assez bonnes qualités méthodologiques pour conclure à la validité des quelques impacts positifs. Le programme de Denkmeyer quant à lui n'a fait l'objet d'aucune recherche évaluative. Tous ces programmes comprennent des rencontres de groupes de durée limitée à fort contenu éducatif.

On note l'existence d'un autre type de programmes pour parents: les groupes d'entraide. Ces groupes s'adressent le plus souvent aux nouveaux parents.

2.3.1 McGuire et Gottlieb (1979). Protocole expérimental

Ces nouveaux parents sont recrutés par l'entremise du médecin de famille. Le programme expérimental consiste en des réunions entre nouveaux parents dans un contexte de groupe de support. Le groupe contrôle reçoit quant à lui du matériel éducatif. Les objectifs du programme sont de favoriser l'établissement d'un réseau de support puis d'en voir l'effet sur le bien-être des gens et leurs recours aux ressources informelles. Douze couples participent à ces rencontres alors que douze autres servent de contrôle. La distribution dans ces deux groupes s'est faite au hasard. L'évaluation montre que cinq semaines après la fin du programme, les gens participant au groupe support rapportent discuter plus souvent et avec un plus grand nombre de personnes de leur entourage de leurs problèmes de parents. Les auteurs concluent que ce programme réussit à modifier le recours aux ressources informelles mais ne change pas l'état de bien-être ou de santé. Les auteurs mentionnent que ces couples vivaient au départ peu de problèmes de santé et qu'ils n'étaient pas à risque, d'où l'absence d'amélioration dans ce domaine. Notons que les parents préféreraient avoir accès à ces groupes lorsque leurs enfants sont très jeunes (8 mois) et que le médecin a pu jouer un rôle de premier plan pour la formation et le maintien de ces groupes quoiqu'un profane pourrait prendre sa place.

2.3.2 Wandersman (1978, 1980, 1982). Protocole quasi expérimental

Ces rencontres de pairs visent à faciliter l'acclimatation au rôle de parents. Il y a des rencontres hebdomadaires pendant les six premières semaines suivies de rencontres mensuelles pendant quatre mois. On y discute de diverses approches parentales.

L'évaluation laisse à désirer à cause du petit nombre de participants (une vingtaine de couples), et à cause du choix des objectifs beaucoup trop globaux. Les participants se seraient toutefois améliorés au cours de la première année mais pas tellement plus que les non-participants. Un des effets positifs de leur participation est à noter : la création de liens durables hors des rencontres. Comme on visait à leur offrir un soutien, cet objectif semble atteint, alors que l'objectif d'améliorer leur fonctionnement ne peut être vérifié avec les instruments disponibles parce qu'ils fonctionnaient déjà bien.

2.3.3 Kagey, Vivace & Lutz (1981). Protocole pré-expérimental

Un programme de prévention primaire a été mis sur pied pour fournir des services de soutien aux parents de nouveau-nés. Le mode d'intervention choisi est celui d'un groupe de support mutuel de parents.

Une mère est choisie pour être un agent facilitateur pour la formation des groupes. Celle-ci fréquente les classes prénatales au centre de maternité, et avant l'accouchement elle fait connaissance avec les parents. Après l'accouchement, elle invite les nouveaux parents à se joindre au groupe de support (5 à 8 membres). Le succès du premier groupe a nécessité le recrutement de plusieurs agents facilitateurs (tous des parents) et la création d'autres groupes. Les agents facilitateurs sont formés par le personnel du centre de santé mentale : huit sessions de 2½ heures sur l'expérience de la naissance, avec l'accent mis sur le stress associé au fait de devenir parents ; deux sessions portant sur la communication et les processus de groupe. Le critère de sélection des agents facilitateurs est leur habileté à entrer en relation avec les membres du groupe dans un rôle de support et une expérience de mère ou de père similaire à celle des membres du groupe. Ils sont supervisés par l'un des auteurs de l'article.

Ce sont les membres qui déterminent les activités du groupe : certains groupes n'ont pas beaucoup plus que des rencontres sociales, mais la plupart des groupes sont très actifs (ex. : développement de l'enfant, relations à l'intérieur de la famille, etc.).

Un questionnaire a été envoyé par la poste à 270 parents et 98 d'entre eux ont répondu ; il comporte six énoncés à évaluer sur une échelle allant de « fortement en accord » à « fortement en désaccord ». Il ressort que 62 % des répondants sont « d'accord » ou « fortement en accord » avec l'énoncé disant que les groupes

avaient augmenté leur habileté à prendre soin de leur enfant; 33 % des parents disent avoir recherché le support d'autres membres du groupe.

Kagey, Vivace et Lutz dégagent les conclusions suivantes à la suite de leur expérience:

> « Notre expérience démontre que les groupes de support pour parents comme instrument de prévention en santé mentale primaire peuvent attirer et maintenir l'intérêt. Quelques groupes ont continué à se rencontrer sur une période de cinq ans. Les groupes s'avèrent fort efficaces lorsqu'il s'agit de satisfaire à leur besoin d'établir des contacts sociaux entre adultes, permettant ainsi aux parents d'échanger leurs expériences communes. Cette occasion sert de soutien, en ce sens qu'ils se sentent moins seuls, mais cela leur aide également à adopter une attitude plus positive quant au rôle qu'ils doivent jouer. Des informations sur le développement de l'enfant ainsi que des habiletés en ce qui concerne les soins des enfants semblent être partagés avec succès parmi les groupes ». (p. 167) (Traduction)

En conclusion, soulignons que ces deux types d'approches, l'une plus éducative, l'autre se fondant plus sur l'entraide, ont bien des adeptes parmi les parents d'enfants de tous âges.

Nous devons rappeler l'importance d'assurer une possibilité de suivi pour les participants, ce que permet plus aisément le groupe d'entraide. Quant aux évaluations, elles sont encore trop sommaires en ce qui concerne les programmes éducatifs pour qu'on puisse s'y arrêter, sauf, semble-t-il, en ce qui concerne le programme de Guerney qui gagnerait à être plus connu au Québec. Par ailleurs, la participation à un groupe d'entraide semble permettre de répondre à plusieurs besoins des parents sans en faire de « meilleurs » parents. Soulignons quelques développements récents au Québec qu'il vaut la peine de suivre, dont la Maison des parents à Montréal. Bien des parents diront que cela prend « quelqu'un de leur bord » de temps en temps, il faudrait donc les écouter et leur offrir des programmes selon leurs besoins.

3. Promotion auprès des communautés ou des environnements

On note trois approches dans la promotion de la santé mentale auprès des communautés. Une première s'adresse à une population dans son ensemble et se sert d'une stratégie d'éducation. L'autre intervient dans des aires géographiques délimitées et fait appel à l'organisation communautaire. Une troisième approche combine ces

diverses stratégies. Dans les trois cas, la recherche évaluative y est embryonnaire. La recherche sera toujours plus difficile à mener dans ces contextes de toute façon.

3.1 L'éducation

La télévision et la radio sont assez souvent utilisées pour la diffusion de messages tentant de promouvoir la santé mentale. Nous trouvons cependant fort peu d'évaluations.

3.1.1 Schanie et Sundel (1978). Protocole quasi expérimental

Les auteurs présentent leur programme comme étant à la fois de la promotion et de la prévention secondaire. Il consiste en la diffusion pendant soixante semaines de 21 messages éducatifs sur la santé mentale et le retard mental, d'une durée de trente à soixante secondes à la radio et à la télévision.

Les objectifs du programme sont d'améliorer les attitudes en santé mentale, d'accroître la connaissance sur l'existence de ressources communautaires en santé mentale, d'augmenter le recours à ces ressources, principalement le Centre de crise. L'évaluation est faite à quatre moments différents auprès d'échantillons de 500 familles sélectionnées au hasard.

En ce qui concerne le premier objectif, les auteurs voulaient en premier lieu modifier la perception de la situation-problème puis en deuxième lieu changer le type de comportement émis pour faire face à la situation-problème. L'évaluation montre que le premier sous-objectif est assez généralement atteint alors que le deuxième, la modification plus comportementale, ne l'est pas. La communauté semble se servir davantage du Centre de crise après le programme mais seulement lorsqu'il y a diffusion par la télévision; l'effet de la radio semble nul mais ceci demeure l'apanage des adultes puisque les jeunes ne sont pas du tout influencés par le programme. Les auteurs ajoutent que l'effet nul de la radio peut peut-être s'expliquer par le fait que les messages utilisés, version audio des messages télévisés, passaient peut-être mal à la radio.

Ils concluent qu'on peut modifier par une approche éducative la perception d'un problème, peut-être parce qu'il y a moins de façons d'envisager un problème, alors qu'il se révèle difficile de changer le mode de résolution du problème, peut-être parce qu'il y a tellement plus de façons de passer à l'action. Comme certains de leurs messages ont eu un impact négatif, ils recommandent de prétester les messages.

3.2 L'organisation communautaire

Il est plus difficile d'élaborer des recherches évaluatives dans ce domaine à cause de la multiplicité des interventions qui s'y déroulent et des nombreux facteurs qu'on ne peut contrôler.

Nous donnerons comme exemples trois programmes assez typiques de cette approche.

3.2.1 Pilisuk, Parks, Kelly et Turner (1982). Rapport descriptif

Afin de combler les lacunes des services professionnels, ces auteurs décident de recourir à l'aide naturelle (à l'aide que les profanes se donnent mutuellement). Pendant deux ans, ils visent à améliorer la santé mentale d'une communauté rurale en utilisant les ressources informelles du milieu.

Le modèle de réseau d'aide (*helping network model*) comporte cinq éléments majeurs:

> « ...(1) le choix de l'équipe d'intervention externe et de coordonnation du personnel; (2) le développement d'un groupe communautaire « directeur » ayant pour but de guider et de sanctionner le projet d'ensemble; (3) l'identification et le contact avec les profanes faisant de l'entraide communautaire; (4) le développement d'équipes d'entraide communautaire ayant pour but de travailler à la résolution des problèmes auprès de familles ou de personnes en détresse ou dans des situations de crise; et (5) l'utilisation au niveau de la communauté d'un processus de résolution de problème afin de favoriser l'interaction entre les institutions de santé et les aidants profanes et de résoudre ainsi les difficultés ». (p. 117), (Traduction).

Le projet de réseau d'aide sert de catalyseur à l'intérieur de la communauté. Il n'a d'autre but que d'aider les professionnels et les profanes à coopérer ensemble de telle sorte que les ressources communautaires soient maximisées et que tous les groupes soient servis. Pour atteindre ces fins, le projet est destiné à devenir une arène pour la négociation entre les divers groupes. En résumé, voici quelles ont été les activités de ce projet:

> « Pour cette expérimentation, on s'est inspiré d'un mode d'intervention préventive qui avait pour but d'identifier les besoins prioritaires de la jeunesse, des familles, des résidents des foyers d'hébergement et de l'ensemble de la communauté en matière de loisirs et de services en santé mentale, et les demandes de la communauté des Mexicains américains en matière de reconnaissance et de participation. Cette expérimentation a amené bon

nombre de bénévoles à participer à un réseau d'aide offrant des services multiples tout en créant un certain nombre de services institutionnels. De plus, la participation volontaire dans les affaires communautaires se poursuit bien au-delà de la fin officielle du projet ». (p. 116), (Traduction).

Pilisuk *et al.* soulignent la difficulté d'évaluer les programmes de prévention et de promotion de la santé mentale. Voici certains résultats identifiés par les auteurs suite à l'application du programme :

« Cependant, certains aboutissements du GALT HELPING NETWORK PROJECT et sa synthèse exceptionnelle de services directs et d'approches communautaires sont bien évidents. Un grand nombre d'individus qui démontraient des talents pour évaluer les besoins et planifier des services ont pu se mettre à l'oeuvre. Les services d'autres individus démontrant des habiletés pour venir en aide aux personnes en besoin furent utilisés et reconnus dans tout un éventail de rôles d'entraide. Les bénévoles de la communauté ont reçu une formation leur permettant d'évaluer les besoins de personnes les plus isolées — dans les foyers d'hébergement — ce qui a mené à l'implantation de nouveaux programmes. La ville a organisé une fête afin de reconnaître sa population mexicaine américaine. Les individus désireux d'offrir leurs services en tant que bénévoles furent mis en contact avec ceux qui en avaient besoin et un service de counseling gratuit fut mis sur pied, tout en utilisant des bénévoles profanes dans des secteurs jugés à propos. Personne ne peut établir avec précision le nombre de cas de dépressions psychotiques, le nombre d'abus d'enfants, ou le nombre de comportements criminels que l'on a pu prévenir. Toutefois, cela a contribué à faire naître une communauté plus serviable et ayant davantage de cohésion. Il ne s'agit pas là d'un mince résultat ». (p. 131), (Traduction).

On voit que ce programme a réussi à susciter la participation des gens en mettant en valeur leurs habiletés. L'évaluation subjective des auteurs n'est pas dénuée d'intérêt mais celle d'un observateur externe aurait gagné en qualité. Un suivi pourrait ajouter aux connaissances acquises.

3.2.2 Saunders (1979). Rapport descriptif

Ce programme *Neighborhood Development Project* vise 1) à identifier avec des citoyens de 12 communautés des populations sous stress ou voulant s'améliorer, 2) à développer des programmes de concert avec la population, et 3) à implanter ces services avec le

concours de la population. Il y a création de douze comités travaillant à des projets spécifiques ainsi que d'un comité central qui est finalement accepté par les gens en place comme les clubs Kiwanis, Rotary, etc.

Les rapports évaluatifs sont anecdotiques et subjectifs mais leurs multiples dimensions fournissent des informations intéressantes. On note que les professionnels ont modifié leur pratique pour défier les stéréotypes et que la main-d'oeuvre étant plus nombreuse, ils peuvent plus facilement jouer un rôle non traditionnel. Les citoyens qui ont participé rapportent avoir plus confiance en eux, prendre plus de responsabilités et ils se sentent plus intégrés à la communauté. L'impact sur les clients reste à étudier. Mais on peut penser que ces communautés en ont bénéficié puisque plus de cinquante projets de prévention et de promotion ont ainsi été mis sur pied et qu'approximativement 1 500 résidents ont participé.

3.2.3 Naparstek, Biegel et Spiro (1982). Rapport descriptif

Ces auteurs implantent auprès de deux villes un programme d'organisation communautaire nommé le *Community Mental Health Empowerment Model*. L'objectif est 1) d'amener les citoyens à identifier par eux-mêmes leurs forces (ce qui le distingue des programmes précédents) et leurs besoins, 2) de renforcer le réseau d'aide naturelle, 3) de renforcer le système d'aide professionnelle, 4) de former des liens entre ces deux systèmes d'aide. Par une recherche-action portant sur les forces et les besoins du milieu, on alimente le processus de transformation. Un ingrédient essentiel est la formation d'un comité responsable dans chaque ville. Il n'y a pas d'autre type d'évaluation mais un chapitre de leur livre parle des limites de l'approche en tentant de répondre à plusieurs questions (« est-ce généralisable à d'autres communautés ? », « est-ce que le quartier est un concept auquel les gens se rattachent ? », etc.). Les auteurs mentionnent que plusieurs doutaient de la possibilité de faire de l'organisation communautaire autour de problèmes de santé mentale, parce que de tels problèmes suscitent moins rapidement et moins fortement l'intérêt que des problèmes de zonages, de fermetures d'école, etc. De plus, de tels problèmes nécessitent une approche de planification plutôt que de l'action directe et il est plus difficile de retenir l'attention des citoyens lorsqu'il s'agit de planification. Mais malgré tout, après un certain temps, les citoyens s'impliquèrent et firent même de ces problèmes de santé mentale une priorité. Lorsque l'on parle de vraies personnes avec de vrais problè-

mes plutôt que de slogans, il est facile de convaincre les citoyens. L'essentiel de la démarche reposait sur l'identification des ressources des voisinages et la prise de conscience du pouvoir des citoyens — Naparstek *et al* décrivent fort bien les difficultés et les succès d'une telle entreprise.

3.3 L'approche éducation et animation communautaire

3.3.1 Lloyd-Kolkin et Hunter (1982), Klibanoff, Hersey et Probst (1983). Protocole quasi expérimental

Le programme *Friends can be good medicine* est, d'après les premiers auteurs, le premier programme de promotion de la santé mentale d'envergure régionale, implanté aux États-Unis. Tout l'État de la Californie a en effet participé à ce programme utilisant deux stratégies principales: 1) une animation dans les comtés, 2) de la diffusion de matériel éducatif par l'entremise de divers médias à l'échelle des comtés et de l'État.

Une équipe centrale est chargée de l'implantation. Il y a d'abord un projet pilote impliquant six comtés pendant lequel se déroule une première évaluation menée par une équipe indépendante. Après quelques raffinements, on passe à l'implantation même du programme à l'échelle de toute la Californie. Il s'agit, en fait, de mener une campagne d'éducation sur le thème de l'importance des relations d'amitié pour la santé mentale, campagne intensive devant durer un mois. Une deuxième évaluation se déroule alors mais d'envergure limitée. Il y a toutefois de nombreuses données descriptives disponibles.

Cette campagne d'éducation repose sur du matériel mis au point par l'équipe centrale à partir des recherches sur le support social. Dans chaque comté, l'équipe centrale désigne une personne ou un groupe responsable de l'implantation. Ces personnes, provenant le plus souvent des institutions vouées à la santé mentale, forment à leur tour des comités locaux décidant des stratégies d'utilisation du matériel. Parmi celles-ci, on encourage celles qui favorisent les échanges interpersonnels. Il y aura de grandes différences dans l'implantation dans les diverses régions. De plus, s'ajoutera une campagne de presse à l'échelle de l'État.

Les objectifs de ce programme sont: 1) de faire comprendre au grand public l'importance des relations sociales de soutien dans la santé mentale et physique, 2) de motiver les Californiens à être attentifs à leurs relations sociales, 3) de créer dans des communautés des associations susceptibles de renforcer ces liens.

Le programme a bel et bien été implanté tel que prévu. En effet, près de 1 522 activités se sont déroulées dont 65 % eurent lieu en mai, le mois de la campagne. Les activités les plus nombreuses ont été les présentations ou conférences à des groupes de citoyens (64,3 % des activités), des émissions de radio (7,4 %), de télévision (4,8 %), des expositions dans les lieux publics (4,8 %). Bien d'autres activités ont été mises sur pied, dont des groupes de soutien, de l'animation en classe, des pièces de théâtre, des réclames publicitaires (en particulier sur les pintes de lait et les sacs d'épicerie), et divers événements allant de chars allégoriques à une promotion publicitaire de chaînes de restaurant (*Take a former friend to lunch*, etc.). Soulignons la participation de centaines de bénévoles et les dons de diverses corporations (panneaux-réclame, temps-antenne, etc.). D'après l'estimé de Lloyd-Kolkin et Hunter, un Californien sur quatre a été rejoint par la campagne.

L'évaluation du projet pilote, la seule qui soit complète, nous permet de conclure que les objectifs sont atteints.

Klibanoff *et al*. interviewent un échantillon au hasard de 340 habitants de la région pilote avant et après le programme et un certain nombre de ces personnes (138) un an après. Parmi ceux qui rapportent avoir vu ou reçu un élément du programme, on voit qu'ils ont modifié leurs opinions sur l'importance des relations sociales ainsi que sur l'impact de ces relations pour leur santé et ils ont l'intention d'augmenter leurs contacts avec des amis, ce dans une proportion plus grande que les non-participants. N'ayant accès qu'à un bref résumé de l'évaluation, on ne peut se prononcer sur la validité de ces différences. On peut cependant remarquer que le programme a « accentué » des attitudes déjà présentes (exemple: de 50 à 65 % pour les intentions de rencontres).

En plus des attitudes, le programme influence les comportements sociaux surtout au niveau qualitatif. Ainsi on partagera davantage, on se réunira et on se confiera plus.

Il faut souligner que le programme se révèle plus efficace auprès des personnes connaissant une période de stress (un décès, par exemple) et ayant peu de support social. Le programme atteint davantage ses objectifs lorsque les stratégies de changement recourent à plusieurs médias dont l'approche communautaire.

En ce qui concerne le suivi, un an après le programme pilote, les évaluateurs concluent que ces nouveaux comportements se maintiennent chez les participants même s'il y a une légère baisse.

À l'échelle de la Californie, les gens se révèlent en faveur de la reprise d'un tel programme. En plus d'apprécier le message de la campagne, ils estiment que le programme a permis à divers agents de la communauté de travailler ensemble. Les aspects négatifs du programme sont le peu d'information disponible sur la façon de se faire des amis, le manque de matériel pour des populations particulières, un certain simplisme.

Les instigateurs et les évaluateurs de ce programme recommandent de poursuivre les efforts en créant un mois de la promotion en santé mentale. D'ailleurs, le programme pourrait durer plus longtemps, prévoir des mécanismes à long terme d'animation régionale, s'adresser davantage aux personnes vivant des événements stressants et encourager le recours à plusieurs médias dont les contacts interpersonnels. Les conditions essentielles au succès sont la participation des sous-régions à la planification et à l'implantation mais en premier lieu l'identification de personnes motivées dans les institutions vouées à la santé mentale, c'est-à-dire de personnes faisant de la prévention une priorité et pouvant utiliser le matériel dans le cadre de leur travail. Par ailleurs, il serait utile de jumeler la campagne de presse à une « découverte » scientifique faisant la manchette, sinon on est relégué aux faits divers.

En guise de conclusion, nous ne pouvons que souligner l'originalité de ce programme, tant par sa diffusion de données de recherche comme outil de développement pour le grand public que par son ampleur. Il faudra pour mieux le juger se procurer le rapport complet de l'évaluation, ce que nous n'avons pu faire.

3.4 Conclusions

En guise de conclusion, il faut rappeler que les programmes de promotion concernant des communautés entières sont parmi les moins évalués. Il est certain que d'autres programmes d'éducation de masse par l'entremise des médias verront le jour. Quelques expériences ontariennes et québécoises sont en cours et font l'objet d'évaluations. Soulignons cependant qu'elles s'adressent à l'acceptation par la population des gens ayant souffert de maladie mentale et à l'identification précoce de symptômes de maladies mentales. Il ne s'agit pas tout à fait de prévention primaire mais il semble que ce soit là les priorités retenues par ces programmes. Rappelons que l'utilisation des mass media devrait cependant être bonifiée par l'ajout de possibilités d'échanges interpersonnels.

En ce qui concerne l'organisation et l'animation communautaire, il faut d'abord qu'il y ait une communauté. Dans le cas contraire, il faudra recourir à des modes plus traditionnels s'adressant aux individus. Les ingrédients essentiels à la bonne marche de programmes communautaires sont l'acceptation et l'engagement des gens concernés ainsi qu'une remise en question du rôle des professionnels.

Chapitre 3

Conclusions et recommandations

1. Conclusions

Il est évident que dans le champ de la prévention, les évaluations systématiques sont fort peu nombreuses. Cela peut sans doute s'expliquer par la jeunesse de ce mode d'intervention mais aussi par les réticences chez certains à encourager de tels programmes et par les très nombreuses difficultés méthodologiques.

Lorsqu'il y a évaluation, il s'agit le plus souvent de projets pilote dont nous ne savons absolument rien de la survie ou des liens avec les institutions de services. Les expériences d'organisation communautaire sont heureusement exemptes de ces limites, de par leur nature même.

Nous pouvons cependant dégager deux tendances dans les évaluations. En plus de projets pilote fortement ancrés théoriquement mais ayant peu d'assise institutionnelle, nous pouvons déceler le développement d'évaluations se greffant à des programmes déjà bien implantés. Le rapport Hodgson en est un bel exemple.

Ces deux tendances gagneraient à être bonifiées. Ainsi les projets pilote d'envergure devraient prévoir un suivi et un rattachement institutionnel ou tout au moins un processus de diffusion de leur expérience, alors que les évaluations de programmes implantés pourraient recourir à des évaluateurs externes afin de fournir des données plus objectives.

Cronbach *et al.* (1981), voulant améliorer les diverses politiques sociales, parlent de la nécessité de former, pour chacun des problèmes ou des questions à traiter, une équipe de personnes pouvant faire la synthèse des connaissances et aussi proposer des recherches. Il faut dépasser le développement anarchique de petits projets et en favoriser l'intégration à des visées plus vastes. Ces affirmations peuvent être reprises pour la prévention.

Mais une fois les mécanismes de recherche en place, que faut-il évaluer de façon prioritaire?

Cela revient à poser la question des stratégies de prévention à privilégier.

Il est certain que notre recension des programmes évalués ne peut contribuer à identifier les programmes précis que le Québec devrait reprendre intégralement. En effet, vu le petit nombre de programmes évalués, les résultats souvent modestes et le risque de généraliser les résultats d'un programme évalué dans un seul milieu, il est utopique de s'attendre ici à des propositions définitives.

Néanmoins, ce rapport permet de se pencher sur l'intérêt et sur la possibilité d'élaborer des programmes de prévention en ce qui concerne les adultes.

Notre recension nous permet de conclure de façon générale à:

1. la faisabilité de développer des programmes de prévention réactive et de promotion;
2. la popularité assez grande de ces interventions;
3. la satisfaction des participant(e)s et des intervenant(e)s.

Comme ce domaine est en développement, nous n'avons pas relevé les coûts-bénéfices de ces programmes. Mais pour souligner les avantages possibles de telles entreprises, relevons quelques informations provenant du Wisconsin citées par Swift (1980) et faisant état d'une comparaison de coût entre le traitement et la prévention.

> « (en 1978) (...) un investissement initial de 5 000 $ servant à prévenir la maladie mentale en recourant à des groupes d'entraide ou à des programmes scolaires résulterait en une épargne à long terme de 50 000 $ si l'on ne réussissait à prévenir qu'un seul cas de maladie mentale ». (p. 223) (Traduction)

Il y a bon nombre d'autres raisons rendant intéressant le développement de programmes de prévention auprès des adultes. Mais il nous semble plus pertinent de préciser les avenues d'intervention les plus prometteuses plutôt que de discuter des mérites de la prévention.

Nous pensons que ces avenues sont celles qui s'adressent à des personnes vivant un moment de transition et celles qui s'adressent à une communauté dans son ensemble. Les premières se révèlent assez efficaces selon des critères scientifiques, alors que les deuxièmes, peu évaluées, ne nuisent au moins pas, semble-t-il. Ce n'est pas le cas des interventions préventives fondées sur l'identification de groupes à risque où se posent les problèmes de sur-identification et possiblement de stigmatisation pouvant nuire aux personnes concernées. Ces dernières stratégies ne devront être utilisées qu'après le développement et la vérification systématique

des outils de dépistage. Nous favorisons donc les programmes liés aux moments de transition ou ceux s'adressant aux communautés.

Parmi les stratégies à retenir, nous relevons:

1. les interventions individuelles et communautaires, visant à bonifier le réseau de support des individus;
2. les interventions de crise s'adressant aux individus, incluant une approche cathartique et cognitive ainsi qu'un souci de s'arrêter au réseau social et aux supports de l'environnement;
3. les interventions individuelles et communautaires de solutions de problèmes ou plus généralement d'acquisition de stratégies;
4. les interventions visant des changements dans la pratique de diverses institutions (hôpitaux, lieux de travail, lois, etc.).

Notons qu'il reste des points obscurs dans chacune de ces stratégies. Par exemple, à quelles caractéristiques du réseau de support social est liée la santé? Les interventions de crise rejoignent-elles les gens qui en ont besoin? Est-ce que les compétences en solutions de problèmes rendent la personne moins vulnérable? Par quel changement social commencer?

Il y a tout de même certains facteurs de succès qui se dégagent de notre recension des écrits, les auteurs ayant attribué le succès de leurs interventions à ces facteurs. Il s'agit d'une certaine philosophie d'intervention. En voici quelques aspects:

1. on doit bâtir sur les forces et les ressources des gens et des communautés. Par exemple, ces personnes doivent participer à part entière au processus de changement; on doit encourager les initiatives et les innovations. Par exemple, des groupes de bénévoles, des groupes d'entraide, des groupes alternatifs doivent voir le jour et recevoir un appui;
2. les intervenants professionnels en santé mentale doivent modifier leurs attitudes et leurs comportements, lorsqu'ils veulent faire de la prévention;
3. on doit se soucier des forces et des limites des systèmes d'aide professionnelle et profane afin d'offrir des réponses adéquates aux besoins;
4. on doit être prêt à utiliser diverses techniques et stratégies d'intervention, en particulier:
   - — un contact actif avec la population sur son propre territoire;
   - — le recours aux médias;
   - — l'identification des moments de plus grande sensibilité au changement chez les gens et chez les communautés;

— un apport plus grand des groupes d'entraide;
— des liens à créer entre professionnels et aidants profanes;
— le développement de groupes de coalition pour la santé mentale formé de citoyens et de professionnels;
— les approches facilitant les apprentissages (recours à des pairs comme modèles, petits groupes de rencontre, retro-action individuelle et communautaire, etc.);

5. on doit partager la responsabilité de la prévention avec divers agents sociaux non engagés spécifiquement en santé mentale (syndicats, patronat, écoles, police, urbanistes, etc.).

Finalement, afin que les choses avancent dans le domaine de la prévention, il semble important d'arrêter de se limiter à la prévention des troubles mentaux majeurs et de retenir une approche développementale tant en ce qui concerne les individus que les communautés.

Rappelons cependant que déjà, en 1978, Lindsay proposait dans un rapport québécois sur la prévention presque les mêmes techniques et stratégies d'intervention dont nous faisons mention. Il ne faut pas s'inquiéter de la nécessité de répéter ce message mais plutôt du fait que ce message semblera nouveau à bon nombre d'intervenants et de planificateurs.

Aussi, espérons-nous qu'il y ait en 1985 une plus grande ouverture et au discours sur la prévention et aux pratiques novatrices. Il faudra tenir compte du danger souligné par Renaud (1983) qu'un tel discours sur la prévention ne serve qu'à la:

> « légitimation de réorganisations administratives sans que correspondent à cette rhétorique des pratiques novatrices ». (p. 154).

En terminant, nous voudrions souligner quelques aspects, négligés dans ce texte, qu'il serait important de mieux connaître: les programmes visant à modifier les attitudes de la population face à la maladie mentale, les programmes d'identification précoce des symptômes, les programmes de gestion du stress en milieu de travail, les programmes s'adressant aux personnes ayant des problèmes de santé physique. Il va sans dire que ce texte ne prétend pas être exhaustif.

2. Recommandations

Le Comité fait les recommandations spécifiques suivantes concernant la prévention en santé mentale.

A) Recommandations spécifiques ayant trait à la recherche

Étant donné :

a) l'importance de faire de la prévention, c'est-à-dire de travailler à extirper à leurs sources les divers problèmes de santé mentale et à assurer le développement des personnes et des communautés,

b) le peu de ressources consacrées à ce chapitre en ce qui concerne la personne adulte, alors que de nombreux déséquilibres peuvent se produire à cette période de la vie et remettre en cause la participation comme citoyen, conjoint et parent,

c) qu'il est possible de rejoindre et d'intéresser la population à des approches préventives, que ces approches se révèlent dans une certaine mesure efficaces quoiqu'elles soient encore en développement,

le Comité de la santé mentale du Québec recommande, pour arriver à une meilleure efficacité de nos interventions préventives,

1) que nos efforts de recherche portent sur :

   a-1) l'identification des facteurs de risque et des facteurs de développement, autant chez les individus que dans les communautés, afin de fonder nos interventions sur des modèles théoriques cohérents,

   a-2) le raffinement des stratégies d'intervention utilisées dans les programmes de prévention, en particulier le recours aux médias, aux profanes, aux groupes d'entraide, aux groupes de citoyens, afin de tirer partie des développements les plus récents et de voir à identifier les processus d'implantation les plus pertinents socialement,

   a-3) des études évaluatives d'efficacité et d'efficience de divers programmes en fonction de diverses clientèles et besoins,

   a-4) des études sur les conditions organisationnelles et communautaires favorisant le développement, le maintien et l'amélioration des programmes de prévention ;

2) qu'une partie de ces efforts de recherche soit animée, à un niveau provincial, par une structure vouée à la recherche en prévention,

cette structure serait indépendante et impliquerait des chercheurs, des intervenants et des citoyens,

les fonctions de cette structure seraient de:

b-1) développer des projets pilotes dans des domaines où les connaissances sont suffisantes afin d'orienter les interventions et où les besoins sont reconnus par la société,

b-2) voir à l'évaluation de l'efficacité, de l'efficience et de la pertinence de projets pilotes et de projets déjà implantés et largement diffusés,

b-3) voir à améliorer les outils méthodologiques disponibles en évaluation et à les rendre disponibles aux diverses institutions de services,

b-4) bâtir une banque de données sur les programmes de prévention québécois et les centres d'excellence,

b-5) faire avancer les connaissances en favorisant la création de comités d'experts québécois et en maintenant des contacts avec les chercheurs étrangers;

3) qu'une autre partie des efforts de recherche se fasse à un niveau décentralisé dans les diverses instituticns de services et les groupes communautaires concernés;

les fonctions à assumer seraient de:

c-1) voir à fournir une description de tout programme de prévention qu'ils développent,

c-2) voir à instaurer une tradition d'évaluation de leur propre pratique chez les intervenants et les responsables,

c-3) participer le cas échéant à des projets pilotes et à des évaluations de programmes globaux.

Afin d'atteindre ces objectifs, des moyens financiers et des ressources humaines, sous la forme de consultation de personnes externes à ces milieux, doivent être mis à leur disposition.

B) Recommandations spécifiques ayant trait à l'éducation

Étant donné:

a) la méconnaissance de l'importance et des possibilités de la prévention en ce qui a trait aux troubles mentaux et aux problèmes psychosociaux,

b) la nécessité de fonder les interventions préventives sur des assises théoriques solides pour arriver à une certaine efficacité,

c) que d'après notre recension des écrits, les agents de prévention ne sauraient se restreindre aux seuls intervenants spécialisés en santé mentale,

le Comité recommande:

a) que des cours sur la prévention soient mis sur pied en mettant en valeur la contribution des diverses disciplines et écoles de pensée;

b) que du matériel de formation sur la prévention soit produit et diffusé;

c) que l'on utilise dans le cas des travailleurs en santé mentale des stratégies d'éducation reposant principalement sur des modes de consultation à moyen et à long terme;

d) que l'on accueille et que l'on sollicite des projets de prévention issus de membres de la communauté et que ces personnes aient à leur disposition des ressources d'éducation pour les aider à développer leur projet;

e) que des mécanismes incitatifs soient disponibles pour amener les divers agents à parfaire leur éducation en prévention.

C) Recommandations spécifiques ayant trait à la distribution des services

Étant donné:

a) que notre revue des définitions de la prévention montre qu'une interprétation erronée de ce concept peut amener à considérer toute intervention comme étant de la prévention et que cette confusion pourrait nuire au développement de la prévention,

b) que notre recension des modèles théoriques nous indique qu'à cause de la popularité de certains modèles le travail de prévention peut facilement être limité aux stratégies fondées sur le renforcement de la capacité de résistance de l'individu,

c) que les recherches proposent que le travail de prévention nécessite de nouvelles attitudes de la part des intervenants, des institutions et des autres agents concernés,

d) que la recherche évaluative a pu mettre en valeur certains facteurs nécessaires au succès des programmes de prévention,

le Comité recommande:

a) que l'on rende disponibles aux intervenants des définitions précises de ce qu'est et n'est pas la prévention, en prenant soin de clarifier certaines zones grises entre la prévention et le traitement;

b) qu'une attention constante soit portée afin d'équilibrer les efforts consentis aux programmes axés sur les individus et ceux axés sur les communautés ou environnements;

c) que l'on retienne les interventions de prévention suivantes:

c-1) les interventions individuelles et sociales visant à bonifier le réseau de support des individus;

c-2) les interventions de crise au niveau de l'individu incluant une approche cathartique et cognitive ainsi qu'un souci de s'arrêter au réseau social et aux supports de l'environnement;

c-3) les interventions individuelles et sociales de solutions de problèmes ou plus généralement d'acquisition de stratégies;

c-4) les interventions visant des changements dans la pratique de diverses institutions (hôpitaux, lieux de travail, lois, etc.)

d) que l'on privilégie les principes suivants:

d-1) on doit bâtir sur les forces et les ressources des gens et des communautés;

d-2) les intervenants professionnels en santé mentale doivent modifier leurs attitudes et leur comportement lorsqu'ils veulent travailler à la prévention;

d-3) on doit se soucier des forces et des limites des systèmes d'aide professionnelle et profane afin d'offrir des réponses correspondant aux besoins;

d-4) on doit être prêt à utiliser diverses techniques et stratégies d'intervention;

en particulier,

— un contact actif avec la population sur son propre territoire

— le recours aux médias

— l'identification des moments de plus grande sensibilité au changement chez les gens et chez les communautés

— un apport plus grand des groupes d'entraide

— des liens à créer entre professionnels et aidants profanes

— le développement de groupes de coalition pour la santé mentale formé de citoyens et de professionnels

— les approches facilitant les apprentissages (recours à des pairs comme modèles, petits groupes de rencontre, rétroaction individuelle et communautaire, etc.)

d-5) on doit partager la responsabilité de la prévention avec divers agents sociaux non engagés spécifiquement en santé mentale (syndicats, patronat, écoles, police, etc.).

e) que l'on fasse des changements organisationnels favorisant le développement de programmes de prévention.

Appendice

Banques de données bibliographiques

Nous avons consulté cinq banques de données bibliographiques par ordinateur : Medline, NCMF, Pascal, Psycinfo et Excerpta Medica. Les descripteurs utilisés pour l'interrogation varient d'une banque à l'autre. Certaines banques ont été interrogées deux fois.

PSYCINFO (67-83) MAR (Psychological Abstracts, American Psychological Association). Les descripteurs utilisés sont « Mental Health Program Evaluation », « Mental Health Programs », « Primary Mental Health Prevention », « Mental Health Services », « Treatment Effectiveness Evaluation », « Prevention/De », « Community Mental Health Centers », « Community Mental Health Services », « Community Mental Health », « Literature Review » ; et les restrictions sont « Neonat ? », « Infant ? », « Child ? », « Adolescent ? », « Juvenile », « Kindergarten Students », « School (W) Students/De », « Special Education Students ». Le nombre de références désirées et obtenues est de 100 pour un premier tirage.

PSYCINFO 67-83/APR. Cette fois-ci, les descripteurs retenus pour l'interrogation sont « Mental Health Programs » et « Primary Mental Health Prevention ». Les restrictions demeurent les mêmes. Le nombre de références obtenues est de 282.

EXCERPTA MEDICA 1975-1979. Les descripteurs sont « Mental (W) Health (W) Program ? », « Primary (W) Mental (W) Health (W) Prevention », « Mental (W) Health », « Prevention », « Program ? », « Primary (W) Prevention ». Sauf « School (W) Students/De » et « Special Education Students », les restrictions sont les mêmes. Le nombre de références est de 138.

EXCERPTA MEDICA 1980-1983. Les descripteurs sont « Mental (W) Health (W) Program ? », « Primary (W) Mental (W) Health (W) Prevention », « Mental (W) Health », « Prevention », « Program ? ». Même restrictions que pour les demandes précédentes en excluant les catégories précédemment mentionnées. Le nombre de références est de 124.

PASCAL 1976-1982 (Bulletin signalétique, Centre de documentation scientifique et technique du Centre national de la recherche scientifique). Les descripteurs sont les suivants: « Santé mentale », « Mental Health », « Prevention », « Programme ou Program ou Programs », « Psychiatrie communautaire », « Maladie mentale », « Life Events ». Compte tenu du petit nombre de références (no. 87), nous n'avons pas posé de restrictions.

MEDLINE 1977-1979 (National Library of Medecine). Les descripteurs retenus pour l'interrogation sont « Exp Community Psychiatry of Health Promotion », « Mental Health of Mental Disorders (Px) », « Exp Life-Style », « Community Mental Health Centers of Community Mental Health Services », « Mental Health or Exp *Mental Disorders/Pc ». Compte tenu que les restrictions permises par Medline quant à l'âge ne sont pas aussi précises et compte tenu du petit nombre de références, nous n'avons pas imposé de restrictions, ce qui nous permettait dans ce cas-ci de conserver les articles théoriques et les programmes dont l'âge des participants n'est pas mentionné. Le nombre de références se limite à 113.

MEDLINE 1980-1983. Les descripteurs sont, dans ce cas-ci, « Health Promotion or Exp Community Psychiatry », « Mental Health or Mental Disorders (Px) », « Mental Health or Mental Disorders/Pc (Px) », « Exp *Mental Disorders/Pc », « Exp Life-Style »; « Life change Events », « Community Mental Health Services or Community Mental Health Centers ». Concernant les restrictions, nous avons procédé de la même façon que pour la demande précédente.

NCMH 1969-1981 (National Clearing House for Mental Health, National Institute of Mental Health). Dans ce cas-ci, les descripteurs sélectionnés sont « Primary Adj Prevention and Programs », « Health with Promotion and Programs », « Primary Adj Prevention and Community Mental Health », « Primary Adj Prevention and Life with Events », « Primary Adj Prevention and Life with Event #1 ». Les restrictions sont « Infant.De. » or « Child-#2.DE. » or « Adolescence.De. » or « 1-12-Months-Old.ID. » or « 1-5 Years-old.ID. » or « 6-12-Years-old.ID. » or « 1-Day-4-Months-old. ». Le nombre de références est de 126.

Bibliographie

Relative à l'efficacité des modes préventifs d'intervention en santé mentale chez les adultes

Albee, G.W. (1968). Models, Myths and Manpower. *Mental Hygiene*, *52*, 168-180.

Albee, G.W. (1982a). The Politics of Nature and Nurture. *American Journal of Community Psychology*, *10*, 25-36.

Albee, G.W. (1982b). Preventing Psycho Pathology and Promoting Human Potential. *American Psychologist*, *37*, 1043-1050.

Atkinson, D.R. (1978). Community Influences on Mental Health Program Evaluation. *American Journal of Community Psychology*, *6*, 339-350.

Bader, E., Sinclair, C. (1983). The Critical First Year of Marriage. In David R. Mace (Ed.). *Prevention in Family Services*. Beverly Hills: Sage Publications.

Bacon, S.D. (1978). On the Prevention of Alcohol Problems and Alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, *39*, 1125-1147.

Bagley, C. (1968). The Evaluation of a Suicide Prevention Schema by an Ecological Method. *Social Science and Medecine*, 2, 1-14.

Bloom, B.L. (1968). The Evaluation of Primary Prevention Programs. In L.M. Roberts, N.S. Greenfield et M.H. Miller (Eds), *Comprehensive Mental Health. The Challenge of Evaluation*. Madison, University of Wisconsin.

Bloom, B.L. (1971). A University Freshman Preventive Intervention Program: Report of a Pilot Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *37*, 235-242.

Bloom, B.L., Asher, S., White, S. (1978). Marital Disruption as a Stressor: A Review of Analysis. *Psychological Bulletin*, *85*, 867-894.

Bloom, B.L. (1979). Prevention of Mental Disorders: Recent Advances in Theory and Pratice. *Community Mental Health Journal*, *15*, 179-191.

Bloom, B.L., Hodges, W.F., Caldwell, R.A. (1982). A Preventive Program for the Newly Separated: Initial Evaluation. *American Journal of Community Psychology*, *10*, 251-264.

Bolman, W.M., Westman, J.C. (1967). Prevention of Mental Disorder: An Overview of Current Programs. *American Journal of Psychiatry*, *123*, 1058-1068.

Bolman, W.M., Halleck, S.L., Rice, D.G., Ryan, M.L. (1969). An Unitended Side Effect in a Community Psychiatric Program. *Archives of General Psychiatry*, *20*, 508-513.

Bouchard, C. (1981). Perspectives écologiques de la relation parent(s)-enfant: des compétences parentales aux compétences environnementales. *Apprentissage et socialisation*, *4*, 4-23.

Bouchard, C. (1983). Non à la prévention. Dans: J. Arseneau, C. Bouchard, M. Bourgon, *et al.*, *Psychothérapies: attention*! Sillery: Québec-Science Éditeur.

Bouchard, C., Perreault, R. (1983). Fermeture d'usine et santé: analyses de séries chronologiques chez les femmes de 30 à 39 ans de la région Sept-Îles/Port-Cartier. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, supplément, no 1, 101-106.

Brenner, M.H. (1973). *Mental Illness and the Economy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Broussard, E.R. (1976). Evaluation of Televised Anticipatory guidance to primiparae. *Community Mental Health Journal*, *12*, 203-210.

Brown, V.B. (1980). The Community in Crisis. In G.F. Jacobson (Ed.), *Crisis Intervention in the 1980s*. Coll. New Directions for Mental Health Services, volume 6, San Francisco: Jossey Bass.

Cain, G.G., Hollister, R.G. (1972). The Methodology of Evaluating Social Action Programs. In P.H. Rossi et W. Williams (Eds), *Evaluating Social Programs. Theory, Practice and Politics*. New York, Seminar Press.

Campbell, D.T., Stanley, J.C. (1963). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally College Publishing.

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.

Caplan, G., Grunebaum, H. (1967). Perspectives on Primary Prevention: A Review. *Archives of General Psychiatry*, *17*, 331-346.

Catalano, R. (1979). *Health, Behavior and the Community*. New York: Pergamon Press.

Catalano, R., Dooley, D. (1980). Economic Change in Primary Prevention. In R.H. Price, R.F. Ketterer, B.C. Bader, J. Monahan (Eds), *Prevention in Mental Health*. Beverly Hills: Sage Publications.

Clum, G.A., Patsiokas, A.T., Luscomb, R.L. (1979). Empirically Based Comprehensive Treatment Program for Parasuicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 937-945.

Cook, T.D., Campbell, D.T. (1979). *Quasi-Experimentation. Design and Analysis Issues for Field Settings*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.

Cowen, E.L. (1980). The Wooing of Primary Prevention. *American Journal of Community Psychology*, *8*, 258-284.

Cowen, E.L. (1982). Primary Prevention Research: Barriers, Needs and Opportunities. *Journal of Primary Prevention*, *2*, 131-137.

Cowen, E.L. (1983). Primary Prevention in Mental Health: Past, Present, and Future. In R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. Moritsugu, S.S. Farber (Eds), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York: Pergamon Press.

Cromer, W.J., Burns, B.J. (1982). A Health Center Response to Community Crisis: Some Principles of Prevention and Intervention. *Journal of Primary Prevention*, *3*, 1, 35-47.

Cronbach, L.J. *et al*. (1981). *Toward Reform of Program Evaluation*. San Francisco: Jossey Bass.

Currie, J. (1983). *Skills, Sharing and Support. An Evaluation of the Women's Self-Help Network*. Northern Vancouver Island, 1983. North Island Women's Services Society Box 3292, Courtenay British Columbia, V9N 5N4

Daher, D.M., Corazzini, J.D., McKinnon, R.D. (1977). An Environmental Residential Redesign Program for Residence Halls. *Journal of College Student Personnal*, *18*, 11-15.

De Wild, D.W. (1981). Toward a Clarification of Primary Prevention. *Community Mental Health Journal*, *16*, 306-317.

Dubos, R. (1955). Second Thoughts on the Germ Theory. *Scientific American*, *192*, 31-35.

Eastwood, M.R., Brill, L., Brown, J.H. (1976). Suicide and Prevention Centres. *Canadian Psychiatric Association Journal*, *21*, 571-575.

Eisenberg, L. (1981). A Research Framework for Evaluating the Promotion of Mental Health and Prevention of Mental Illness. *Public Health Reports*, *96*, 1-19.

Felner, R.D., Farber, S.S., Primavera, J. (1983). Transitions and Stressful Life Events: A Model for Primary Prevention. In R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. Noritsugu, S.S. Farber (Eds), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York: Pergamon Press.

Garbarino, J. *et al.* (1982). Children and families in the social environment. New York: Aldine.

Giblin, P. (1982). Meta-Analysis of Premarital, Marital, and Family Enrichment Research. Ph.D. Dissertation, Purdue University.

Glasscote, R.M. *et al.* (1980). *Preventing Mental Illness. Efforts and Attitudes*. American Psychiatric Association.

Goldston, S.E. (1977). Primary Prevention: A View from the Federal Level. In G.W. Albee, J.M. Joffe (Eds), *Primary Prevention of Psychopathology, vol. 1: The Issues*. Hanover, N.H.: University Press of New England.

Gray, J.D., Cutler, C.A., Dean, J.G., Kempe, C.H. (1977). Prediction and Prevention of Child Abuse and Neglect. *Child Abuse and Neglect*, *1*, 45-58.

Guldner, C. (1971). The Post-Marital: An Alternative to Pre-Marital Counseling. *The Family Coordinator*, *20*, 115-119.

Gullota, T.P. (1982). Easing the Distress of Grief: A Selected Review of the Literature with Implications for Prevention Programs. *Journal of Primary Prevention*, *3*, 6-17.

Heller, K. (1984). Prevention and Health Promotion. In K. Heller, R.H. Price, S. Reinharz, S. Riger, A. Wandersman (Eds), *Psychology and Community Change*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.

Heller, K., Monahan, J. (1977). *Psychology and Community Change*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.

Heller, K., Swindle, R.W. (1983). Social Networks, Perceived Social Support, and Coping with Stress. In R.D. Feiner, L.A. Jason, J.N. MoritSugu, S.S. Farber (Eds), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York: Pergamon Press.

Hodgson, S., (1984). *Toward Supportive Communities: An Evaluation of the Child/Parent Centre of the Jane/Finch Community and Family Centre*. Toronto: Centre for Urban and Community Studies, University of Toronto.

Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *II*, 213-218.

Horowitz, L.M. (en préparation). *The Toll of Loneliness: Manifestations, Mechanisms, and Means of Prevention.*

Insel, P.M., Moos, R.H. (1974). Psychological Environments, Expanding the Scope of Human Ecology. *American Psychologist*, 29, 179-188.

Jaffe, P.G., Thompson, J.K., Paquin, M.J. (1978). Immediate Family Crisis Intervention as Preventative Mental Health: The Family Consultant Service. *Professional Psychology*, 551-560.

Kagey, J.R., Vivace, J., Lutz, W. (1981). Mental Health Primary Prevention: The Role of Parent Mutual Support Groups. *American Journal of Public Health*, *71*, 166-167.

Kelly, J.C. (1968). Toward and Ecological Conception of Preventive Interventions. In J.W. Carter Jr. (Ed.), *Research Contributions from Psychology to Community Mental Health*. New York: Behavioral Publications Inc.

Kelly, L.D. (1982). Between the Dream and the Reality: A Look at Programs Nominated for the Lela Rowland Prevention Award of the National Mental Health Association. *Journal of Primary Prevention*, 2, 217-229.

Kessler, M., Albee, G.W. (1975). Primary Prevention. *Annual Review of Psychology*, *26*, 557-591.

Kieffer, C.H. (1983-84). Citizen Empowerment: A Developmental Perspective. *Prevention in Human services*, 3, 9-36.

Klein, D.C., Goldston, S.E. (1977). *Primary Prevention: An Idea Whose Time Has Come*. Washington, D.C. U.S. Government Printing Office, DHEW Pub. no. (ADM), 77 447.

Klibanoff, S., Hersey, J.C., Probst, J.C. (1983). *Executive Summary an Independent Evaluation of "Friends can be Good Medecine"*. California Department of Mental Health.

Lavoie, F. (1981). Modes d'évaluation des groupes d'entraide. *Revue québécoise de psychologie*, 2, 104-117.

Lavoie, F. (1982). Le veuvage: Problèmes et facteurs d'adaptation. *Santé mentale au Québec*, 7, 127-135.

Levine, A., G. (1982). *Love Canal: Science, Politics and People*. Lexington, Massachusetts: D.C. Heath and Company.

Lindsay, J. (1978). La formation en prévention en santé mentale infantile et juvénile: implications pour le praticien. Dans L. Houde, J. Lindsay, S. Richer, P.-M. Gélinas, L. Gilbert, *Prévention en santé mentale*. Collection Études et Dossiers. Québec: Éditeur officiel du Québec.

Little, A.D., Hagedorn, H.J. *et al.* (1976). *A Working Manual of Simple Program Evaluation Techniques for Community Mental Health Centers*. Rockville, Md: Mental Health Services Development Branch, Division of Mental Health Service Programs, National Institute of Mental Health, Washington.

Lloyd-Kolkin, D., Hunter, L. (1982). *Friends can be Good Medecine, Final Report*. California Department of Mental Health.

McCourt, W.F., Barnett, R.D., Brennen, J., Becker, A. (1976). We Help Each Other: Primary Prevention for the Widowed. *American Journal of Psychiatry*, *133*, 98-100.

McGuire, J.C., Gottlieb, B.H. (1979). Social Support Groups Among New Parents: An Experimental Study in Primary Prevention. *Journal of Clinical Child Psychology*, *9*, 111-116.

Moos, R.H., Lemke, S. (1979). *Multiphasic Environmental Assessment Procedure* (MEAP), Preliminary Manual. Palo Alto, Calif.: Social Ecology Laboratory.

Morrissette, P. (1980). *Une évaluation de programme. Le Centre de Prévention du suicide de Québec*. Essai de maîtrise, École de psychologie, Université Laval, document inédit.

Munoz, R.F., Glish, M., Soo-Hoo, T., Robertson, J. (1982). The San Francisco Mood Survey Project: Preliminary Work Toward the Prevention of Depression. *American Journal of Community Psychology*, *10*, 317-329.

Naparstek, A.J., Biegel, D.E., Spiro, H.R. (1982). *Neighborhood Networks for Human Mental Health Care*. New York: Plenum Press.

O'Connor, S., Vietze, P., Sherrod, K., Sandler, H.M., Gerrity, S., Alteheier, W.A. (1982). Mother-Infant Interaction and Child Development After rooming-in: Comparison of High-Risk and Low-Risk Mothers. *Prevention in Human Services*, *1*, 25-43.

Olson, D.H. (1983). How Effective is Marriage Preparation? In D.R. Mace (Ed.), *Prevention in Family Services*. Beverly Hills: Sage Publications.

O'Sullivan, M.J., Waugh, N., Espeland, W. (1983). The Fort McDowell Yavapai: From Pawns to Powerbrokers. *Prevention in Human Services*, *3*, 73-97.

Perlman, D., Peplau, L.A. (1982). Loneliness Research: Implications for Interventions. Communication présentée au symposium de « Preventive Interventions to Reduce the Harmful Consequences of Loneliness », Santa Barbara.

Pilisuk, M., Hiller Parks, S., Kelly, J., Turner, E. (1982). The Helping Network Approach: Community Promotion of Mental Health. *Journal of Primary Prevention*, *3*, 116-132.

Polak, P.R., Egan, D., Vandenbergh (1975). Prevention in Mental Health: A Controlled Study. *American Journal of Psychiatry*, *132*, 146-148.

Price, R.H., Ketterer, R.F., Bader, B.C., Monahan, J. (1980). *Prevention in Mental Health, vol. 1*. Beverly Hills: Sage Publications.

Raphael, B. (1977). Preventive Intervention with the Recently Bereaved. *Archives of General Psychiatry*, *34*, 1450-1454.

Renaud, G. (1983). À propos de la prévention comme « programmation offensive ». *Revue internationale d'action communautaire*, *10-50*, 154-157.

Roberge, D. (1982). *Évaluation du Centre de prévention du suicide de Québec*. Gouvernement du Québec. Ministère des Affaires sociales. Direction Évaluation de programmes.

Robertson, D. (1982). *A Review of Factors Influencing Mass Media Health Communications and a Model for Program Development*. CHES Technical Publication, #1, P.O. Box 2305, Postal Station D, Ottawa, Ont., K1P 5K0.

Roskin, M. (1982). Coping with Life Changes — A Preventive Social Work Approach. *American Journal of Community Psychology*, *10*, 331-340.

Saunders, S. (1979). Primary Prevention from a Neighborhood Base: A Working Mode. *American Journal of Orthopsychiatry*, *49*, 69-80.

Sawin, M.M. (1983). Whole Family Enrichment. In D.R. Mace (Ed.), *Prevention in Family Services*. Beverly Hills: Sage Publications.

Schanie, C.F., Sundel, M. (1978). A Community Mental Health Innovation in Mass Media Prevention Education: The Alternatives Project. *American Journal of Community Psychology*, *6*, 573-581.

Schwartz, S., Bodanske, E.A. (1981). Environmental Strategies for Primary Drug Abuse Prevention Programs. *Journal of Prevention*, *1*, 188-198.

Seidman, E., Rapkin, B. (1983). Economics and Psychosocial Dysfonction: Toward a Conceptual Framework and Prevention Strategies. In R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. MoritSugu, S.S. Farber (Eds), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York: Pergamon Press.

Sherman, L.V. (1982). Effects of Participation in a Self-Help Group for Bereaved Parents: Compassionate Friends. *Prevention in Human Services*, *1*, 69-77.

Siegel, E., Bauman, K.E., Schaefer, E.S., Saunders, M.M., Ingram, D.D. (1980). Hospital and Home Support During Infancy: Impact on Maternal Attachment, Child Abuse and Neglect, and Health Care Utilisation. *Pediatrics*, *66*, 183-190.

Soulé, M., Noël, J. (1984). *La prévention médico-psychosociale précoce*. Document de travail P. Paris: Copes.

Spoon, D., Southwick, J. (1972). Promoting Mental Health Through Family Life Education. *Family Coordinator*, *21*, 279-286.

Spring, B., Zubin, J. (1977). Vulnerability to Schizophrenic Episodes and Their Prevention in Adults. In G.W. Albee, J.M. Joffe (Eds), *Primary Prevention of Psychopathology, vol. 1: The Issues*. Hanover, N.H.: University Press of New England.

Stoppard, J.M., Thompson, E. (1982) *Evaluation of a Self-Help Program for Depression Management: Final Report*.

Sugarman, B. (1977-78). Drug Abuse Prevention: A Human Development Model for Defining the Problem and Devising Solutions. *Drug Forum*, *6*, 387-397.

Tableman, B., Marciniak, D., Johnson, D., Rodgers, R. (1982). Stress Management Training for Women on Public Assistance. *American Journal of Community Psychology*, *10*, 357-367.

Vachon, M.L.S., Lyall, W.A.L., Rogers, J., Freedman, K., Freeman, S.J.J. (1980). A Controlled Study of Self-Help Intervention for Widows. *American Journal of Psychiatry*, *137*, 1380-1384.

Vincent, T.A., Trickett, E.J. (1983). Preventive Intervention and the Human Context: Ecological Approaches to Environmental Assessment and Change. In R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. MoritSugu, S.S. Farber (Eds), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York: Pergamon Press.

Wackman, D. (1983). Promoting Effective Communication in Families. In D.R. Mace (Ed.), *Prevention in Family Services*. Beverly Hills: Sage Publications.

Wagenfeld, M.O. (1972). The Primary Prevention of Mental Illness: A Sociological Perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, *13*, 195-202.

Wallack, L.M. (1981). Mass Media Campaigns: The Odds Against Finding Behavior Change. *Health Education Quarterly*, *8*, 209-260.

Wandersman, L.P. (1982). An Analysis of the Effectiveness of Parent-Infant Support Groups. *Journal of Primary Prevention*, *3*, 99-115.

Wandersman, A., Andrews, A., Riddle, D., Fancett, C. (1983). Environmental Psychology and Prevention. In R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. MoritSugu, S.S. Farber (Eds), *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York: Pergamon Press.

Weiss, C.H. (1972). *Evaluation Research, Methods of Assessing Program Effectiveness*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.

Wertlieb, D. (1979). A Preventive Health Paradigm for Health Care Psychologists. *Professional Psychology*, 548-557.

WhiteHead, P.C. (1979). Public Policy and Alcohol Related Damager Media Campaigns or Social Controls. *Addictive Behaviors*, *4*, 83-89.

Williams, W.V., Lee, J., Polak, P.R. (1976). Crisis Intervention: Effects of Crisis Intervention on Family Survivors of Sudden Death Situations. *Community Mental Health Journal*, *12*, 128-136.

Williams, W.V., Polak, P.R. (1979). Follow-up Research in Primary Prevention: A Model of Adjustment in Acute Grief. *Journal of Clinical Psychology*, *35*, 35-45.

Wilson, F.R., Yager, G.G. (1981). A Process Model for Prevention Program Research. *The Personnel and Guidance Journal*, 590-595.

Liste des remerciements

Les auteurs de cet Avis remercient toutes celles et tous ceux qui les ont appuyés dans leur travail.

Ils adressent des remerciements très particuliers aux personnes qui ont procédé pour eux à une importante recension d'écrits pour leur ouvrage, ainsi qu'à une analyse et à une synthèse de ces écrits. Ces remerciements sont adressés à :

Madame Johanne Dompierre
Madame Amparo Garcia
Monsieur Jean Toupin
et Madame Thérèse Dostie.

Ils remercient très cordialement aussi toutes celles et tous ceux qui leur ont communiqué de l'information dans le cadre de la consultation qu'ils ont menée auprès du réseau des Affaires sociales, des départements universitaires, des associations, des corporations et de la population sur l'objet de leur recherche. Ces remerciements sont plus particulièrement adressés à (ou au(x)) :

— La Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec.
— La Corporation professionnelle des psychologues du Québec.
— La Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.
— M. Yvon-Robert Lavoie, du Service d'orientation et de réadaptation professionnelles à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
— M. Michel Mongeon, consultant au D.S.C. de l'Hôpital Sainte-Justine.
— Infirmiers, infirmières, infirmiers et infirmières auxiliaires du Département d'admission du Centre psychiatrique de Roberval.
— Psychologues du Centre psychiatrique de Roberval.
— Dr Sheilagh Hodgins, Ph. D., Directrice du Service de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.
— Madame Louise LaRue, Coordonnatrice du Projet-Nord au Centre hospitalier de l'Université Laval.
— Dr Bernard Magnan, m.d., Directeur des services professionnels au Centre hospitalier Pierre-Boucher.
— L'Association des hôpitaux du Québec.

— Départements de santé communautaire de l'Hôpital de Chicoutimi et de l'Hôpital de Roberval.
— des intervenants du C.L.S.C. des Grands-Bois et des parents de l'Association des parents 0-5 ans de Chapais et Chibougamau.
— C.L.S.C. Saguenay-Nord.
— des intervenants psychosociaux du C.L.S.C. Châteauguay et madame Claudine Laurin, Responsable de la ressource alternative « La maison sous les arbres » de Châteauguay.
— Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
— L'Association des centres de services sociaux du Québec.
— Madame Marie Leclerc, du Service de Condition féminine au ministère des Affaires sociales du Québec.
— Madame Laurette Champigny-Robillard, présidente de l'Office des personnes handicapées du Québec.
— l'École de psycho-éducation de l'Université de Montréal.
— Groupe de recherche sur les pratiques de réseaux de l'École de service social de l'Université de Montréal.
— l'Association québécoise des parents et amis du malade mental — Section Rive-Sud (AQPAMM-RS).
— Madame Micheline Côté, Présidente de l'Association « Psycohésion » de Valleyfield.
— Dr J.-Luc Perron, m.d., psychiatre à Saint-Georges-Ouest.
— Dr Marc Grenier, m.d., de la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé au ministère des Affaires sociales du Québec.

Ils remercient monsieur Christian Boutet pour la synthèse qu'il fit de toute l'information reçue dans le cadre de cette consultation.

Ils tiennent aussi à exprimer leur reconnaissance pour le support reçu

— au Dr Isaac Marks de l'« Institute of Psychiatry » de Londres.
— au Dr Melvin Sabshin de l'« American Psychiatric Association ».
— au Dr Stephen Goldston, Directeur de l'« Office of Prevention », au « National Institute of Mental Health (NIMH) ».
— au Dr E.L. Struening, du « New York State Office of Mental Health » et de l'Université Columbia.
— au Dr Neil Brown, Directeur de la « Community Support and Rehabilitation Branch » au « National Institute of Mental Health (NIMH) ».

— au Dr George W. Albee, de l'Université du Vermont.
— au Dr Emory L. Cowen, de l'Université de Rochester.
— au Dr David R. Offord, de l'Université McMaster.
— au ministère des Services communautaires et sociaux de l'Ontario.
— au ministère de la Santé de l'Ontario.
— au ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada.
— aux Drs Thornton et Shaw du « Clark Institute of Psychiatry » de Toronto.

Ils remercient monsieur Pierre Vendette, Secrétaire du Comité de la santé mentale du Québec, pour sa participation à toutes les réunions du Groupe de travail responsable de la préparation de cet Avis et pour ses diverses et nombreuses contributions à la préparation et à la mise en forme du texte de cet Avis.

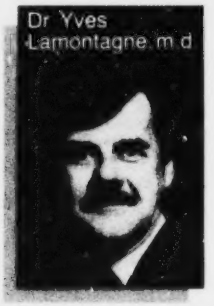
Ils remercient une fois encore le docteur Marc Grenier pour sa participation à la révision de la forme du texte final de cet Avis.

Ils désirent enfin remercier nommément pour leur appui à la préparation et à la mise en forme de cet Avis les personnes et entités suivantes :

— le Centre hospitalier Côte-des-Neiges,
— la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé ainsi que le Service aux communautés autochtones de la Direction « Liaison avec les régions périphériques » du ministère des Affaires sociales,
— Mesdames Monique Ingels et Marie-Josée Lessard, étudiantes diplômées en psychologie,
— Messieurs Camil Lemire et Marc Custeau, bibliothécaires,
— Mesdames Colombe Barbeau, Diane Berthelet, Anne Duclos, Maude Dubois et Dolorès Nolet-Gosselin, secrétaires.

Ph.D. (psychologie)
Université Laval

M.S.S., M. Phil.
Centre de services sociaux du Montréal-Métropolitain



Psychiatre
Centre de recherche
Hôpital Louis-H.
Lafontaine

Ce document porte sur la prévention primaire (et la promotion) en santé mentale auprès des adultes.

> « On associe trop souvent la prévention à la clientèle enfantine ou adolescente, ce qui amène à négliger le potentiel d'une approche préventive auprès des adultes. »

Les programmes *évalués* — s'adressant aux individus ou aux environnements — occupent une place d'importance dans ce texte qui fournit de plus une description des principaux facteurs susceptibles de garantir le succès des programmes de prévention.

Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales

Imprimé au Québec, Canad

Volume

3

Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale

LA SANTÉ MENTALE

PRÉVENIR, TRAITER ET RÉADAPTER EFFICACEMENT

3 L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT

AVIS
Comité de la santé mentale du Québec
AVIS

Québec

LA SANTÉ MENTALE

PRÉVENIR, TRAITER ET RÉADAPTER EFFICACEMENT

3 L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT

LA SANTÉ MENTALE

PRÉVENIR, TRAITER ET
RÉADAPTER EFFICACEMENT

3 L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT

Québec

Cette publication a été produite par
la Direction générale des publications
gouvernementales

Ce document sur l'efficacité
scientifique des psychothérapies, des
médicaments et de la thérapie
électroconvulsive a été remis dans sa
première version au Secrétariat du
Comité de la santé mentale du
Québec en juin 1984.

Dépôt légal — 2e trimestre 1985
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-551-0961-X

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Note aux lecteurs IX

Remerciements XIII

Introduction 1

La psychanalyse et les thérapies d'orientation analytique 7

Recherche sur l'efficacité 8
1. Types de patients 9
2. Qualités du thérapeute 9
3. Les résultats du traitement psychanalytique 10

Conclusion 12

Thérapies brèves et thérapies de crise 14

Systèmes de thérapies brèves et de thérapies de crise 14

Techniques de psychothérapies d'orientation psychodynamique 14
Les thérapies comportementales brèves 15
Thérapies de crise 15
Autres thérapies verbales brèves 15

Caractéristiques communes de toutes les psychothérapies brèves 15

Variables importantes dans les psychothérapies brèves 18

Recherche sur l'efficacité 20

Résumé et conclusion 23

Les thérapies de groupe 25

Études d'efficacité 25

Problèmes méthodologiques 26
Études d'efficacité 26
Étude des variables de la personne et des facteurs de traitement 28
Défections et dangers 28

La thérapie comportementale (thérapie behaviorale) 30
Recherche sur l'efficacité 30
La désensibilisation systématique 31
Études comparatives 31
L'immersion 33
Recherche sur l'efficacité 33
Le système de jetons 34
Recherche sur l'efficacité 34
Les méthodes aversives 35
Recherche sur l'efficacité 35
L'apprentissage par imitation ou modeling 36
L'assertion et les habiletés sociales 36
Recherche sur l'efficacité 37
Conclusion 37

La rétroaction biologique ou biofeedback 39

Les thérapies cognitives 41
La thérapie d'Ellis 41
Recherche sur l'efficacité 41
La thérapie de Beck 43
Recherche sur l'efficacité 43
L'entraînement à l'auto-éducation de Meinchenbaum 44
Recherche sur l'efficacité 45

La thérapie rogérienne 47
Recherche sur l'efficacité 48

Thérapie familiale et thérapie de couple 51
Thérapie familiale pour les malades schizophrènes 54

La thérapie gestalt 56
Recherche sur l'efficacité 58

La bioénergétique 59
Applications 60
Recherche sur l'efficacité 60

Le psychodrame 61
Le processus thérapeutique 62
Applications et recherche 62

L'analyse transactionnelle 64
Recherche sur l'efficacité 64

Le cri primal 66
Le processus thérapeutique 66
Recherche sur l'efficacité 67

Discussion 68
Efficacité en fonction des techniques utilisées 68
Efficacité en fonction des professionnels concernés 71
Efficacité en fonction des problèmes en cause 73
Efficacité en fonction des groupes socio-économiques 75
Efficacité en fonction des coûts nécessaires 76
Effets négatifs de la psychothérapie 79

Conclusion 80

La thérapie électroconvulsive 82
Indications et contre-indications 83
Indications: 83
Contre-indications: 84
Indications: 84
L'électrochoc se recommande aussi lorsque: 84
Contre-indications: 84
Efficacité clinique 85
a) Dans les désordres affectifs 85
b) Dans la schizophrénie 87
c) Pour d'autres problèmes 88
Risques et effets secondaires 88
La thérapie électroconvulsive au Québec, de 1971 à 1982 91

Discussion 93

Conclusion 96

La pharmacothérapie 97

Les neuroleptiques ou tranquillisants majeurs 97
La diskénie tardive 98
Études comparatives 101

Les anxiolytiques ou tranquillisants mineurs **104**
Efficacité **105**

Les antidépresseurs **110**
Historique **110**
Efficacité **110**
Études comparatives antidépresseurs-psychothérapies **112**

Le lithium **116**
Efficacité **116**

Recommandations **119**

Conclusion **126**

Bibliographie **127**

Liste des remerciements **155**

Note aux lecteurs

Cet Avis a été développé à la demande du ministre des Affaires sociales du Québec en vue de faciliter le développement d'une politique de santé mentale. D'autres rapports visant la même fin ont en même temps été mis au point par le Comité de la santé mentale du Québec. Ils portent sur

— la notion de santé mentale,
— les expériences étrangères en santé mentale,
— la protection et le développement de la santé mentale des jeunes,
— et les ressources alternatives en santé mentale.

En regard de ce projet du Québec de se doter d'une politique de santé mentale, il convenait certes de faire le point sur l'efficacité des moyens auxquels ont recours les intervenants en santé mentale et d'amasser quelques autres données susceptibles de suggérer pour le moins des études d'efficience dans ce secteur.

L'importance de l'efficacité et de l'efficience en santé est de plus en plus reconnue, ici et ailleurs. C'est ainsi que des collègues belges — qui ont récemment procédé à une évaluation du système de santé de leur pays — présentent comme suit dans leur rapport[1] les critères sur lesquels ils ont cru bon de s'appuyer pour faire leur évaluation :

« Notre bilan sera donc présenté selon les critères suivants : Nous attendons de notre système de santé,

1. qu'il soit juste dans ses résultats et tende à réduire les inégalités sociales face à la santé
2. qu'il soit adapté à l'être humain, c'est-à-dire qu'il soit à la fois « chaleureux » et favorable à l'autonomie de la personne humaine
3. qu'il soit efficace et efficient. »

1 Comité du Germ : « 1945-1984 : Vers une politique de santé ? Un bilan de notre système de santé », dans *Les Cahiers du Germ*, no 178, 1984.

Revenant sur ces critères, ils précisent ailleurs le sens qu'ils accordent aux concepts d'efficacité et d'efficience:

« Nous attendons de notre système de santé qu'il soit juste socialement, qu'il soit adapté à l'être humain, mais aussi bien sûr qu'il contribue à améliorer la santé de la population (c'est-à-dire qu'il soit « efficace ») et ce au moindre coût (c'est-à-dire qu'il soit « efficient ») ».

Cet Avis — que composent quatre documents[2] — est l'oeuvre principalement de trois des membres du Comité de la santé mentale du Québec, soit du Dr Yves Lamontagne, Directeur du Centre de recherche psychiatrique à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, du Dr Francine Lavoie, Professeure de psychologie à l'Université Laval, et de madame Lise Tessier, Conseillère cadre au Service de la planification et de la programmation du Centre de services sociaux du Montréal-Métropolitain.

Le Comité de la santé mentale du Québec a été créé en 1971. Il a pour mandat général de coopérer à la réalisation des activités de planification dont le ministère des Affaires sociales a la responsabilité dans le champ de la santé mentale. Ses membres sont nommés par le gouvernement du Québec. Ils proviennent du secteur des Affaires sociales, des universités, et incluent des représentants des utilisateurs des services de santé mentale et de leurs familles.

Au moment de l'achèvement de cet Avis sur l'efficacité des modes d'intervention en santé mentale, le Comité est composé comme suit:

Gaston Harnois, président,
Roger Paquet, vice-président,
Ellen Corin,
Nicole Fontaine,
Christine Gourgue,
Frédéric Grunberg,
Michelle FitzGerald,

---

2 Comité de la santé mentale du Québec, *La santé mentale: prévenir, traiter et réadapter efficacement — Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale*
1- Synthèse et recommandations
2- L'efficacité de la prévention
3- L'efficacité du traitement
4- L'efficacité de la réadaptation
Éditeur officiel du Québec, 1985.

Laurent Houde,
Mireille Lajoie,
Yves Lamontagne,
Francine Lavoie,
Maurice Roy,
Guylaine Séguin-Tremblay
et Lise Tessier.
Enfin, Pierre Vendette agit à titre de secrétaire du Comité.

Gaston Harnois

Le 1er janvier 1985

Remerciements

Les principaux auteurs de cet Avis ont bénéficié de très nombreux et très précieux appuis pour sa préparation. On trouvera, à la fin de ce document, une longue liste de personnes et d'organisations auxquelles ils adressent des remerciements. Certaines collaborations ne pouvant être mentionnées pour diverses raisons, les auteurs n'en adressent pas moins à ceux qui en furent responsables l'expression de leur vive reconnaissance.

Introduction

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, il existe une expansion très importante dans le domaine des psychothérapies. De nouvelles techniques thérapeutiques ont été inventées, publicisées, débattues, enseignées et pratiquées et plusieurs professions se sont engagées dans la pratique de la psychothérapie. Le nombre des psychothérapeutes a augmenté et le nombre d'écoles, d'instituts et de programmes d'entraînement pour enseigner aux gens la pratique de la psychothérapie s'est multiplié. Enfin, l'intérêt du public pour ce sujet a également grandi énormément.

Les sommes d'argent dépensées pour des psychothérapies ont, bien sûr, augmenté de façon proportionnelle. En extrapolant seulement à partir des estimés conservateurs du groupe pour l'avancement de la psychiatrie (G.A.P.), les coûts directs de la psychothérapie aux États-Unis dépassent un millard de dollars par année, « un ordre de grandeur comparable à celui de l'industrie pharmaceutique » (Group for the Advancement of Psychiatry, 1975). Comme l'a rapporté London (1973), en termes économiques cela constitue ce qu'on peut raisonnablement appeler une « industrie », même si les professionnels dans ce domaine ne sont pas habitués à penser de cette façon.

London et Klerman (1982) rapportent d'ailleurs quatre caractéristiques importantes de la psychothérapie en tant qu'industrie :

1. La psychothérapie est une industrie de petites entreprises. En effet, il y a une assez grande concentration de soignants dans des entreprises uniques. La plupart des psychothérapeutes travaillent bien souvent seuls en clinique privée ou encore avec quelques collègues.
2. De façon similaire, il existe une assez grande concentration de consommateurs et les clients ou les patients sont rarement organisés.
3. La psychothérapie ne fait pas partie exclusivement de l'industrie de la santé. Elle chevauche à la fois la santé, l'éducation et parfois même l'industrie de la récréation lorsqu'on parle de croissance personnelle.

4. Sa technologie est peu développée; on ne retrouve pas de hautes technologies comme des tomographies axiales ou encore des techniques de radiation au cobalt. C'est plutôt une industrie de travail intensif où la plupart des travailleurs sont des professionnels hautement spécialisés et entraînés. On peut dire que les 25 dernières années ont été une période de grande croissance et d'expansion pour la psychothérapie. Il n'est donc pas étonnant de constater qu'il y a maintenant, aux États-Unis, entre 150 000 et 200 000 psychothérapeutes entraînés professionnellement dans diverses disciplines. Celles-ci incluent la psychiatrie, la psychologie, le travail social, les sciences infirmières, la pastorale, de même que la thérapie de couple et de famille. Le nombre de techniques thérapeutiques a également augmenté. Selon le National Institute of Mental Health, il existe près de 250 sortes de psychothérapies et le nombre de personnes qui ont recherché de l'aide d'un professionnel de la santé mentale a augmenté de huit fois entre 1955 et 1980. La plupart de ces demandes ont été reçues dans des services externes.

Face à cette énorme croissance des activités psychothérapeutiques, il devient inévitable qu'un examen minutieux des scientifiques, des professionnels et du grand public porte sur l'efficacité des psychothérapies. Ce désir d'évaluer l'efficacité provient de plusieurs sources incluant l'intérêt public en rapport avec la proportion croissante du produit national brut qui va à la santé et surtout à la croissance de la consommation des traitements psychothérapeutiques. On doit reconnaître que la recherche sur les psychothérapies tire toujours de l'arrière par rapport à la pratique psychothérapeutique. De plus, il n'existe aucune barrière quant à la promulgation d'un nouveau type de thérapie ou au développement de nouveaux programmes d'entraînement, que ce soit dans les universités ou encore en dehors des centres de formation scolaire. Cette situation est donc tout à fait à l'opposé des contrôles et des évaluations très stricts qui sont imposés par les départements d'aliments et drogues gouvernementaux pour l'industrie pharmaceutique.

Quant au public, il s'attend que ses besoins soient protégés par l'accréditation des centres d'entraînement et par les permis et les reconnaissances officielles des psychothérapeutes. Cependant, il devient de plus en plus apparent que même le professionnel le mieux entraîné, le plus crédible et le mieux intentionné peut en toute bonne foi proposer des traitements susceptibles d'être inefficaces et parfois même dangereux.

Au point de vue politique et économique, bien que le domaine des psychothérapies ait clairement avancé, les pressions pour l'évaluation scientifique de l'efficacité des techniques de psychothérapie proviennent également de la situation économique précaire que nous vivons actuellement. De plus en plus, ceux qui paient les frais, que ce soient des entreprises gouvernementales ou privées comme les compagnies d'assurance, veulent limiter l'étendue et la durée de la psychothérapie. À cause des restrictions imposées par la récession et l'inflation, il est très possible qu'on assiste à des coupures budgétaires dans ce domaine. Comme la demande pour des services en santé mentale augmente, les systèmes publics, qui sont sous-financés, peuvent en arriver à payer pour le minimum de soins et ne pas avoir la capacité de faire une évaluation clinique significative en termes de plan de traitement individualisé et de choix de traitement. À moins que la psychothérapie ne puisse démontrer sa valeur, il est donc possible que sa disponibilité comme traitement de choix devienne extrêmement limitée (Greenspan et Sharfstein, 1981). M. Robert Hoyer, porte-parole du comité des finances du Sénat américain, a rapporté en 1980 : « Il semble improbable que le Congrès américain voudra aller plus loin avec une couverture plus large des services en santé mentale avant d'avoir l'assurance que les dépenses encourues visent à donner une aide réelle pour les gens qui ont des problèmes réels de santé » (Marshall, 1980). Les membres du Comité de la santé mentale du Québec se posent la même question.

Dans un excellent article, Parloff, du National Institute of Mental Health, rapporte : « Si le travail du chercheur en psychothérapie était simplement d'évaluer les diverses psychothérapies indépendamment de certaines variables comme la fréquence des séances, la durée du traitement, les caractéristiques du client et du thérapeute, pour ne nommer que quelques variables pertinentes, le travail serait encore redoutable. De façon plus simple, considérons combien de formes de psychothérapies et combien de classes de patients pourraient être incluses dans une matrice expérimentale. Devons-nous prendre littéralement la liste des 250 sortes de psychothérapies récemment identifiées ? Devons-nous accepter la classification de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-III) qui contient au-dessus de 150 groupes diagnostiques de troubles mentaux ? Considérons les conséquences : une approche systématique avec 250 types de thérapies et 150 classes de troubles mentaux requerrait approximativement 4,7 millions de comparaisons. Il est évident que des simplifications au travail sont requises » (Parloff, 1982).

Le ministère des Affaires sociales du Québec, par l'entremise du Comité de la santé mentale du Québec, recherche l'information nécessaire et appropriée à la formulation d'une nouvelle politique sur la santé mentale au Québec. Ce rapport vise à donner suite au mandat du Comité de la santé mentale du Québec sur la préparation d'une revue des conclusions des recherches scientifiques de qualité ayant porté sur l'efficacité des modes curatifs d'intervention en santé mentale.

Les problèmes les plus importants auxquels les chercheurs doivent faire face pour trouver des réponses à ces questions sont les suivants :

1. Le marché de la consommation de la psychothérapie.

   La psychothérapie est devenue presque une religion du siècle. Ses objectifs tournent autour de l'accroissement de l'accomplissement personnel, du bonheur, de la sérénité, du bien-être émotionnel et spirituel en passant par l'atténuation des problèmes psychotiques et névrotiques. En même temps, les solutions offertes dépassent la simple prise de décision, de telle façon que le choix d'une thérapie devient bien souvent un problème en soi. Où aller ? Qui voir ? Pendant combien de temps ? Quel est le prix à payer ? Autant de questions précises auxquelles il n'existe pas de réponse (Hétu, 1979).

2. Les résultats du traitement.

   Ce problème souvent traité par les études sur l'efficacité pose également plusieurs questions ; par exemple, quels sont les types de changements attendus d'un type particulier de traitement ? Qui décide si un changement donné est une amélioration ou une détérioration : le patient, la société, le thérapeute ? Quels types d'instruments et d'opérations de mesure faut-il utiliser ? Autant de questions qui encore bien souvent demeurent sans réponse.

3. Les facteurs non spécifiques.

   La preuve de la supériorité des techniques spécifiques sur les facteurs non spécifiques du processus thérapeutique restent à faire.

4. Le problème du diagnostic.

   Les catégories diagnostiques traditionnelles sont bien souvent inadéquates, mais c'est aussi le cas pour les taxinomies basées exclusivement sur le comportement. Il reste à concevoir de meilleures façons d'évaluer le fonctionnement global de l'individu

ainsi que la détermination de la combinaison entre thérapeute et patient.

5. Le développement des traitements efficaces et applicables à court terme.

   À ce sujet, il est nécessaire de mettre au point des traitements qui donnent des résultats significatifs dans un court délai et aux moindres coûts possibles.

Le présent rapport résume les recherches sur l'efficacité des psychothérapies qui, d'après nous, sont les plus pratiquées au Québec.

Pour plus de clarté, nous nous sommes inspirés de la classification générale de London et Klerman (1982), qui divisent les psychothérapies selon les quatre grandes classes suivantes.

1. La plus grande classe des psychothérapies est celle qui comprend plus ou moins exclusivement le dialogue verbal. Cette classe inclut presque tous les traitements coiffés du titre de *counselling*, de *casework*, de thérapie par *insight*, de thérapie orientée vers le client, d'entrevues ou de consultations psychiatriques ou psychologiques, d'*encounter group*, de thérapie existentielle et/ou humaniste, de thérapie rationnelle-émotive. Elle inclut aussi l'analyse transactionnelle et la plupart des formes de psychothérapie de groupe et de thérapie comportementale, de même que la thérapie de couple et de famille.
2. Une deuxième classe d'activités psychothérapeutiques a également recours aux interactions verbales comme principale technique de traitement, mais ces interactions sont utilisées dans une forme plus dramatique ou inhabituelle que celle qu'on retrouve dans la conversation traditionnelle et sont souvent combinées avec des méthodes comportementales spécifiques de réentraînement ou d'état altéré de la conscience. Cette catégorie comprend le psychodrame, la thérapie gestalt, l'entraînement à l'affirmation de soi, les techniques de relaxation, les thérapies sexuelles, le cri primal et la thérapie cognitive.
3. Une troisième classe de traitements par psychothérapie utilise de façon active des manipulations physiques ou chimiques de l'organisme. Cette classe inclut les thérapies aversives, les électrochocs, le *biofeedback* et la thérapie bioénergétique.
4. Le quatrième groupe des psychothérapies ajoute une intervention biologique au niveau du cerveau par l'utilisation des drogues psychotropes ou d'autres méthodes.

Cette liste, bien sûr, n'inclut pas toutes les formes de psychothérapies, estimées à plus de 250. Elle présente cependant la plupart des traitements psychologiques qui sont utilisés par des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmiers et infirmières, des conseillers, de même que par d'autres personnes qui affirment avoir une certaine expertise dans ce domaine.

Compte tenu de la situation au Québec, nous avons donc retenu les techniques suivantes, qui, selon nous, représentent les méthodes les plus utilisées dans notre milieu. Ce sont: la psychanalyse et les techniques psychothérapeutiques qui en découlent, comme les thérapies d'orientation analytique, la thérapie brève et la thérapie de groupe; les thérapies comportementales ou behaviorales et les thérapies cognitives; la thérapie rogérienne; la thérapie familiale et la thérapie de couple; la thérapie gestalt; la bioénergétique; le psychodrame, l'analyse transactionnelle et le cri primal.

Comme ce document veut être accessible à la fois aux politiciens, aux associations professionnelles, aux professionnels de la santé et au grand public, nous avons tenté d'utiliser un langage le plus simple possible et avons convenu d'adopter le plan de travail suivant:

1. Efficacité scientifique des techniques psychothérapeutiques.
2. Discussion en fonction:
   - — des techniques utilisées;
   - — des professionnels concernés;
   - — des problèmes en cause;
   - — des groupes sociaux économiques;
   - — des coûts nécessaires.
3. Recommandations du comité sur le plan:
   - — de la recherche;
   - — de l'enseignement;
   - — de la distribution des soins.

La psychanalyse et les thérapies d'orientation analytique

La psychanalyse et les psychothérapies d'orientation analytique supposent que les gens ont des désirs innés et acquis qui viennent en conflit avec les demandes externes de la société et les besoins internes de l'individu. Certains désirs inacceptables sont réprimés, mais continuent à vouloir se manifester, et ce de façon inconsciente. Le développement normal d'une personne peut être interrompu à cause d'expériences du début de sa vie qui ne satisfont pas les besoins innés de façon suffisante ou encore qui les gratifient de façon excessive. Dans les deux cas, le développement de l'enfant peut être bloqué. Les émotions et les fantasmes qui proviennent de ces désirs inacceptables peuvent s'exprimer de façon partielle sous une forme déguisée ou atténuée. Dans certains cas, ces émotions sont « sublimées » par des comportements créatifs et socialement acceptables. Dans d'autres cas, ces désirs font surface sous forme de symptômes physiques indésirables ou encore par des traits de caractère qui sont inacceptables socialement et qui entraînent des troubles de comportement. L'approche psychodynamique postule que la socialisation est requise pour que la personne devienne plus humaine. Un traitement d'orientation psychanalytique essaie donc de découvrir les problèmes internes en rendant le patient conscient de ses conflits inconscients. La cible directe du traitement n'est pas les symptômes du malade, mais plutôt les formes qui génèrent ces symptômes. De façon très brève, la façon d'amener ce matériel réprimé dans la conscience du sujet consiste en trois points, soit la clarification, la confrontation et l'interprétation. La compréhension et la critique du problème sont présumées être curatives en soi, à la condition qu'elles évoquent des expériences émotionnelles conscientes chez le sujet. De façon typique, les approches psychanalytiques incluent l'analyse de la relation que le malade tente d'établir avec le thérapeute. Cette relation est présumée être le miroir des conflits infantiles pathologiques et non résolus du sujet. Plus récemment, les thérapeutes d'orientation analytique ont commencé à tenir davantage compte du contexte culturel et social dans lequel les sujets vivent. La relation intimiste, patient-thérapeute, s'étend maintenant pour permettre des traitements en groupe. Certaines théra-

pies d'orientation analytique sont passées du long terme à des thérapies brèves, c'est-à-dire à des traitements limités dans le temps. Bien que les procédures classiques aient été révisées et rendues plus faciles, la prémisse de base que des forces dynamiques cachent le comportement symptomatique demeure inchangée.

La psychanalyse est un traitement intensif qui dure de trois à cinq ans. Quatre ou cinq fois par semaine, le malade, couché sur un divan, fait des associations libres. L'analyste interprète ces associations, surtout par rapport aux défenses transférentielles. Ce traitement implique une participation d'une longue durée et une dépense monétaire considérable. Les meilleures indications de la psychanalyse sont les névroses et les troubles de la sexualité. Le meilleur âge pour un traitement est l'âge adulte. Après 40 ans, une psychanalyse n'est indiquée que dans des cas particuliers. La capacité verbale du patient doit être suffisamment développée ainsi que l'habileté à entretenir des relations et à mener une vie assez régulière.

En bref, les psychothérapies d'orientation analytique englobent tout mode d'action thérapeutique faisant des emprunts à la théorie freudienne de l'inconscient et à la technique de l'analyse, mais en gardant toujours vis-à-vis de la théorie et de la technique une souplesse leur permettant de s'adapter aux exigences cliniques et de prendre une forme active au lieu de se confiner dans l'attente.

Recherche sur l'efficacité

Comme le rapportent Luborsky et Spence (1978), la recherche quantitative sur la thérapie psychanalytique est un enfant d'un autre lit de la profession psychanalytique. Rare est le thérapeute qui connaît même deux études quantitatives dans ce domaine. Dans le milieu psychanalytique, la recherche quantitative est bien souvent accueillie avec beaucoup de réticence. Bien souvent, dans ce milieu clinique, il existe la croyance que la recherche ne concorde pas avec la réalité clinique. Il y a aussi d'autres variables qui ont déterminé le développement de la recherche en psychanalyse, telles que l'entraînement clinique des analystes en contraste avec une formation plus scolaire que d'autres psychothérapeutes. La durée du traitement psychanalytique est aussi un autre obstacle, surtout au niveau des études sur les résultats de l'intervention, qui deviennent trop complexes et étendues dans le temps. Il n'est donc pas étonnant que, par exemple, le projet de recherche de la Fondation Menninger ait duré plus de 20 ans. Dans l'étude de Luborsky et Spence (1978) sur la recherche quantitative en psychanalyse, les auteurs utilisent le mot

« quantitatif » pour désigner, de façon générale, n'importe quelle observation contrôlée, au-delà des observations cliniques usuelles. Dans cet excellent résumé, les auteurs analysent les données des recherches quantitatives en psychanalyse. Attardons-nous à trois de leurs principaux points :

1. Les types de patients qui conviennent le mieux pour le traitement psychanalytique.
2. Les types de thérapeutes les plus appropriés.
3. Les types de résultats obtenus.

1. Types de patients

Les conclusions générales montrent que les qualités initiales positives du patient, en relation avec les résultats du traitement, sont : absence de pathologie grave, telle que la schizophrénie, âge assez jeune, niveau d'anxiété très marqué et niveau éducatif élevé.

Les principales études utilisées pour ces conclusions sont celles de Luborsky (1962) sur la personnalité convenant le plus au processus psychanalytique et l'enquête de Hamburg et al. (1967) effectuées chez 3 000 patients auxquels les thérapeutes avaient fait passer des questionnaires au début et à la fin du traitement. Cette étude corrobore la conclusion sur le degré d'anxiété et de gravité. Knapp (1963) rapporte de meilleurs résultats pour les patients obsessifs ainsi qu'un niveau d'amélioration très bas ou très élevé, selon l'expérience du thérapeute, pour les patients hystériques. L'étude de Hamburg (1967) couvre aussi la question d'âge, de niveau éducatif, de similarité entre le patient et le thérapeute, de relation entre le traitement antérieur et le traitement actuel et du sexe du malade. Des données significatives ont été trouvées pour les trois premières variables seulement.

2. Qualités du thérapeute

Selon Luborsky et Spence (1978), il n'existe presque pas de recherches quantitatives sur les qualités personnelles du thérapeute. Les études recensées signalent la similitude entre les qualités nécessaires chez un psychanalyste et celles nécessaires chez n'importe quel psychothérapeute d'orientation analytique. En résumé, les grandes qualités sont les suivantes : intelligence, empathie, facilité verbale, objectivité, capacité de croissance, flexibilité, objectivité, confiance en soi et sécurité.

3. Les résultats du traitement psychanalytique

Toujours selon Luborsky et Spence (1978), il existe deux types de recherche en psychanalyse, soit les études simples et les études complexes.

Les études simples portent sur des traitements peu spécifiques, produisant tel pourcentage de guérison, tel pourcentage d'amélioration et tel pourcentage d'absence de changement ou même d'aggravation. Par exemple, l'étude de Feldman (1968) en Californie donne comme résultat du traitement psychanalytique une amélioration pour les deux tiers des patients. Ce chiffre est souvent évoqué pour des études analogues faites en fonction d'autres psychothérapies. La plus connue des études de ce type est celle d'Eysenck (1952, 1961) sur les psychothérapies en général, incluant la psychanalyse. Eysenck arrive à la conclusion très controversée qu'il n'y a pas d'évidence pour démontrer que la psychothérapie est efficace. Luborsky et Spence soulignent la différence entre le fait de montrer qu'il n'y a pas suffisamment d'évidence pour dire que la psychothérapie fonctionne et le fait d'ajouter que la psychothérapie ne fait aucun bien. Les études de type complexe sur les différents changements qui se produisent comme résultat du traitement psychanalytique ne rapportent pas de pourcentage de guérison, étant donné l'absence de groupe de comparaison dans le protocole de la recherche. La plus vaste de ces études est celle de la Fondation Menninger sur les changements dus au traitement psychanalytique et aux psychothérapies à long terme. Dans cette recherche, des tests psychologiques et des entrevues étaient administrés à trois moments différents dans le temps: au début du traitement, à la fin du traitement et deux années après le traitement. Dans l'évaluation, ont été considérés non seulement les patients, mais aussi la famille et l'employeur et du côté du thérapeute, le superviseur. Cette étude qui a commencé en 1954 s'est achevée seulement au début des années 70 (Kernberg, 1972).

Des études comparant les résultats de la psychanalyse et d'autres thérapies manquent de précision en ce qui a trait au groupe contrôle. Une étude du groupe de Luborsky (1975) amène la conclusion qu'il n'existe pas actuellement de bonnes études évaluant la différence entre la qualité des différents traitements. Par exemple, deux types de traitements peuvent donner le même pourcentage de réussite tout en se basant sur des critères différents de réussite. Ces auteurs soulignent l'importance de faire plus de recherches visant la comparaison des différentes thérapies d'orientation analytique.

Les directives données aux États-Unis par le National Institute of Mental Health sont un grand pas dans la direction de la systématisation de la recherche. Les directives comprennent entre autres: l'utilisation de critères multiples, le contrôle sur l'attribution des patients ou des thérapeutes et l'établissement du niveau d'expectative du patient et du thérapeute au début du traitement (Fiske, 1970).

La seule étude comparative contrôlée semble être celle de Cartwright (1966). Cette étude compare la psychanalyse et la thérapie centrée sur le client; les résultats de cette recherche ne montrent pas de différence entre les deux traitements. Cependant, il faut signaler la quantité très limitée de l'échantillon, 4 sujets et 4 thérapeutes, ainsi que le critère de 40 séances thérapeutiques, également trop faible pour la psychanalyse.

La revue de la recherche sur l'efficacité de la psychanalyse nous amène à tirer deux grandes conclusions:

1. Les études les plus détaillées portent surtout sur la nature du traitement et sur les changements qui se produisent pendant le traitement.
2. Les études contrôlées et comparatives entre différentes psychothérapies et la psychanalyse sont quasi inexistantes si on élimine la petite étude de Cartwright. Ce manque de recherche implique nécessairement l'impossibilité d'affirmer avec certitude qu'un type de thérapie est plus efficace qu'un autre dans ce cas-ci.

Il peut être intéressant de décrire ici les indications pour la psychothérapie d'orientation analytique et la psychanalyse telles qu'elles sont décrites par la Fondation Menninger (Menninger Foundation, février 1983).

« Les indications pour la psychothérapie et la psychanalyse sont celles qui sont établies par le projet de recherche de 10 ans de la Fondation Menninger sur la psychothérapie et incluent:

1. Un désordre psychiatrique démontrable tel qu'établi par des procédures diagnostiques reconnues et déterminé à être de telle nature que le problème doive motiver le patient à changer et que le problème doive pouvoir être changé.
2. À l'intérieur des limites de la maladie, la psychanalyse et la psychothérapie ont les chances optimales de succès quand le fonctionnement du malade est caractérisé par la présence de (ou la capacité pour):
   a) la verbalisation;
   b) la tolérance à l'anxiété;

c) le contrôle de ses impulsions;
d) la confiance;
e) l'intérêt psychologique;
f) la motivation;
g) l'intelligence;
h) la tolérance à la frustration;
i) l'habileté à développer une alliance thérapeutique.

3. Lorsqu'une étude diagnostique indique un désordre moins enraciné, une psychothérapie profonde et exploratoire n'est généralement ni nécessaire ni indiquée.
4. Lorsqu'une étude diagnostique révèle que les capacités citées ci-dessus sont minimes ou déficientes chez un patient, une approche de soutien moins astreignante est plus indiquée. Cette forme d'approche met généralement l'accent sur une aide beaucoup plus directe en se servant de conseils, d'avis, de clarification et de suggestions.

Il est intéressant de constater que même après dix ans de recherche, les critères d'indication de la psychanalyse demeurent, à notre avis, très flous.

Conclusion

Les êtres humains ont toujours tenté de se parler pour diminuer leur souffrance, pour se comprendre et pour tenter de modifier leur comportement par une compréhension mutuelle. Freud a formulé une base théorique pour la compréhension du comportement humain et le développement de ces hypothèses a amené la découverte de traitements psychanalytiques et psychothérapeutiques. Les idées de Freud ont envahi le monde entier et ont influencé plusieurs aspects de la vie de tous les jours, dont l'éducation des enfants, l'éducation à l'école, les arts et de nombreuses sciences. Plusieurs milliers de personnes dans le monde ont été traitées par des thérapeutes entraînés selon la méthode freudienne. La psychanalyse a toujours continué d'exister malgré les résistances que certaines théories ont pu provoquer, l'incapacité de tester scientifiquement plusieurs des théories, les hostilités entre des organisations professionnelles rivales et même la fragmentation du champ de la psychanalyse.

Même si cette forme de traitement longue et coûteuse a tendance à disparaître, il reste que la psychanalyse a servi de base à plusieurs autres techniques thérapeutiques qui se sont développées par la suite. C'est d'ailleurs à partir de la psychanalyse qu'ont été élaborées les thérapies brèves, les thérapies de crise et les thérapies de groupe dont nous parlerons maintenant.

Thérapies brèves et thérapies de crise

Dans leur excellent chapitre sur le sujet, Butcher et Koss (1978) rapportent que dans une enquête chez 979 000 patients qui ont suivi des traitements psychiatriques, on ne trouve qu'une moyenne de 4,7 rencontres avec le thérapeute. Selon les auteurs, ces résultats coïncident avec les données d'autres études qui soutiennent qu'un grand pourcentage de patients terminent le traitement après 6 à 8 séances. Devant ces constatations, la croissance rapide des cliniques d'intervention de crise répondait au désir des professionnels d'offrir des thérapies à des coûts bas, mais qui étaient également efficaces. Il en est donc résulté une plus grande utilisation des méthodes thérapeutiques brèves afin d'atteindre plus de personnes en quête d'aide.

Systèmes de thérapies brèves et de thérapies de crise

Les approches des psychothérapies brèves peuvent être classées de la façon suivante : thérapies brèves d'orientation analytique, thérapies de crise, thérapies behaviorales et autres psychothérapies verbales. La discussion qui suit inclut les approches thérapeutiques développées pour des entrevues individuelles de psychothérapie chez des patients externes qui étaient des adultes non psychotiques, mais qui présentaient n'importe quel type de problèmes comportementaux.

Techniques de psychothérapies d'orientation psychodynamique

Les buts de ce type de thérapie incluent le développement d'au moins une compréhension psychologique limitée du problème principal. Les interprétations demeurent encore la technique thérapeutique principale, mais elles sont habituellement légèrement modifiées pour répondre à la situation du court terme. Les interprétations portent davantage sur un modèle d'intégration plutôt que de régression. Elles mettent l'accent sur les circonstances présentes et non pas sur les expériences infantiles (Sarvis et al., 1958).

Les thérapies comportementales brèves

La classification des thérapies comportementales en thérapies brèves ne tient pas toujours. En effet, certaines techniques comportementales sont très longues dans leur application. Cependant la grande majorité des traitements de modification du comportement peuvent être classés à l'intérieur des limites de temps adoptées pour la psychothérapie brève (Gelder et al., 1967; Marks, 1981).

Thérapies de crise

Jacobson, Strickler et Morley (1968) décrivent quatre niveaux dans l'intervention de crise qui sont tous efficaces avec certains types de clients. Le premier niveau est la manipulation de l'environnement où le consultant sert de source de référence. Le deuxième niveau, le support général, inclut l'écoute active sans menace ni défi. Au troisième niveau, qui est l'approche générique, on croit qu'une crise particulière a une signification similaire pour la plupart des individus affectés, peu importe la dynamique de leur personnalité. L'intervention générique de crise demande à l'intervenant d'avoir une bonne connaissance des techniques qui sont particulièrement utiles pour résoudre des crises spécifiques. Enfin, le quatrième niveau s'appelle l'approche individuelle et met l'accent sur la compréhension de la dynamique de la personnalité des clients et l'aide que l'intervenant peut apporter à la compréhension des causes qui expliquent que la présente situation est devenue une crise.

Autres thérapies verbales brèves

Dans cette catégorie entre surtout l'hypnose, l'hypno-analyse et la narco-analyse de même que la psychothérapie cathartique qui met l'accent sur la catharsis émotionnelle.

Caractéristiques communes de toutes les psychothérapies brèves

Tous les systèmes de psychothérapie brève incluent les dix facteurs suivants:

1. Limitation dans le temps

   Déjà en 1946, Alexander et French (1946) rapportaient que la thérapie brève devait être limitée à un maximum de 40 séances, mais déjà à cette époque, ces auteurs avaient traité certains cas en seulement trois séances. De nos jours, la plupart des cliniciens s'entendent pour dire que 25 séances représentent la limite supérieure de la thérapie brève. La plupart des praticiens adhè-

rent également aux normes de séances de 45 à 60 minutes, au rythme d'une séance par semaine.

2. Buts limités

   La psychothérapie brève requiert que « le perfectionnisme thérapeutique » (Malan, 1963) et « les préjudices de l'analyse en profondeur » (Wolberg, 1965) soient abandonnés.

   La plupart des psychothérapeutes à court terme désirent accomplir un ou plusieurs des buts suivants : l'élimination ou l'amélioration des symptômes les plus handicapants pour le malade aussi rapidement que possible ; un prompt rétablissement de l'équilibre émotionnel antérieur du malade ; et le développement de la compréhension du malade de son propre problème, de même que l'apprentissage de moyens pour y faire face dans l'avenir.

3. Un mode d'entrevues structurées et centrées au présent

   La plupart du temps, l'accent est placé sur le problème courant ou actuel dans la vie du patient. Les verbalisations du sujet sont centrées sur son problème immédiat. Les souvenirs d'enfance, les rêves ou des interprétations sur le transfert peuvent tous avoir une place dans la thérapie brève, mais seulement s'ils sont directement reliés au problème actuel du malade.

4. Participation directe et active du thérapeute

   Le thérapeute participe de façon beaucoup plus active dans le processus thérapeutique qu'il ne le fait au cours des approches à long terme. De façon générale, être « actif » veut dire parler davantage, diriger la conversation lorsqu'il est nécessaire, explorer de façon active des centres d'intérêt, offrir un soutien et des conseils et formuler des plans d'action qui pourront être suivis par le sujet. La suggestion, la persuasion, et la formulation de plans d'action pour les malades sont recommandées par plusieurs thérapeutes.

5. Évaluation rapide et précoce

   La plupart des auteurs sont d'accord pour dire que la psychothérapie brève requiert la prise d'information et une certaine exploration déjà au cours de la première séance. Small (1972) a produit un guide pour la formulation psychodynamique dans l'évaluation en thérapie brève. Il suggère l'exploration de la plainte du client, les causes qui ont précipité les symptômes, les antécédents analogues au présent comportement, les diverses significations des symptômes ainsi que les forces et les fai-

blesses du système de l'ego. Sifneos (1972) met l'accent davantage sur la compréhension des conflits émotionnels non résolus.

6. La flexibilité thérapeutique

   Les thérapies brèves servent à un grand nombre de patients, qu'ils soient anxieux, déprimés, suicidaires, excités, en état de panique, délirants, psychotiques, agressifs ou antisociaux. Pour répondre aux besoins entraînés par ces divers problèmes, il faut, bien sûr, une variété de techniques thérapeutiques. Le thérapeute qui adhère à une école de psychothérapie et à un seul système de technique ne fonctionnera sûrement pas bien dans le contexte d'une thérapie brève. La flexibilité du thérapeute pour adapter ces interventions afin de satisfaire aux besoins de l'individu est le principe technique de base dans les psychothérapies à court terme (Alexander et French, 1946).

7. Promptitude de l'intervention

   Dans les cas d'intervention de crise surtout, la plupart des centres essaient d'offrir un rendez-vous en moins de 24 heures et plusieurs sont ouverts 24 heures par jour. Wolkon (1972) a trouvé de meilleurs résultats thérapeutiques chez des groupes de patients qui avaient reçu une thérapie de crise de façon immédiate que chez ceux qui avaient dû attendre plusieurs jours pour un rendez-vous.

8. La ventilation

   La plupart des approches en thérapie brève et de crise reconnaissent l'importance de permettre au sujet de ventiler sa tension émotionnelle. La plupart des thérapeutes tentent de créer un environnement thérapeutique dans lequel le patient se sent accepté et en sécurité et où il peut exprimer des sentiments et expérimenter une catharsis de façon spontanée et naturelle (Butcher et Mandal, 1976).

9. La relation thérapeutique

   Bergin et Suinn (1975) notent que la relation thérapeutique est considérée comme un préalable à l'amélioration dans toutes les écoles de psychothérapie. Les restrictions de temps dans la psychothérapie à court terme requièrent du thérapeute la capacité de développer une relation de travail de façon rapide. La plupart des psychothérapies à court terme recommandent de développer une attitude de confiance et de communiquer cet espoir au sujet. Malan (1963) croit que l'enthousiasme du thérapeute a un effet déterminant sur le résultat thérapeutique. Des

sentiments de chaleur, d'amitié pour le thérapeute, la confiance, l'admiration sont souvent considérés comme nécessaires au succès dans des situations limitées dans le temps comme l'est la psychothérapie brève.

10. Sélection des malades

La psychothérapie à court terme a été tentée avec presque tous les groupes diagnostiques de patients. Malgré cette diversité, il semble y avoir un certain consensus à propos des types de patients qui sont les plus réceptifs à ce genre de psychothérapie.

Les types de patients suivants sont ceux qui répondent le mieux aux techniques brèves selon Butcher et Koss (1978):

a) Les sujets chez qui le problème comportemental est à son début et se présente de façon aiguë.
b) Ceux dont l'ajustement antérieur a été bon.
c) Ceux qui ont une bonne capacité d'entrer en relation avec les autres.
d) Ceux qui ont une motivation initale élevée.

Variables importantes dans les psychothérapies brèves

Quels sont les facteurs dans les psychothérapies brèves qui contribuent à modifier le comportement du patient? Cette revue se limitera aux variables qui, pour la plupart, ont été sujettes à des investigations objectives empiriques. Il importe de mentionner l'absence de recherches empiriques à ce niveau, et cette pauvreté des recherches démontre très bien un déficit général dans la recherche sur les psychothérapies.

1. La réalité thérapeutique

Malan (1963) soutient que la participation du thérapeute dans la thérapie est une considération importante. Dans une réplique de son étude (Malan, 1976), il conclut à nouveau que l'enthousiasme du thérapeute est un ingrédient important dans la relation et conséquemment pour le succès de la thérapie.

La relation thérapeutique en elle-même n'a pas été considérée comme importante pour le succès dans les approches comportementales. Cependant, l'étude de Sloane et al. (1975), qui comparait l'efficacité d'une psychothérapie à court terme de type analytique et de type behavioral, a montré qu'à la postcure de deux ans, alors que les patients ont évalué les facteurs qu'ils ont trouvés importants dans leur thérapie quant à leur amélioration,

la personnalité du thérapeute fut considérée en premier par les patients dans les deux types de thérapies.

En résumant l'état de la recherche sur 25 ans, Frank (1974) conclut que « la qualité de l'interaction thérapeutique à laquelle le malade, le thérapeute et la méthode thérapeutique contribuent, est probablement le déterminant majeur de la réponse thérapeutique à court terme ».

2. Le rôle de l'interprétation

   La plupart des thérapeutes à court terme considèrent que l'interprétation et le fait d'être directif, sinon de donner carrément des avis, sont les moyens clés du thérapeute pour produire des modifications du comportement chez le sujet (Butcher et Mandal, 1976). Même si quelques études ont tenté d'examiner de quelle façon les remarques interprétatives du thérapeute sont reçues et captées par le sujet, l'anatomie actuelle et complète du processus d'interprétation n'est pas bien définie. D'autres recherches se doivent sans aucun doute d'être entreprises quant à l'évaluation de l'interprétation dans la thérapie.

3. L'attente du patient de recevoir de l'aide

   Les effets bénéfiques de la psychothérapie augmentent lorsque le patient s'attend à s'améliorer. Les attentes de succès de la part du patient peuvent être un facteur plus important dans les thérapies à court terme qu'à long terme puisque la mobilisation immédiate des ressources du sujet est habituellement encouragée (Frank, 1974).

4. Limitation dans le temps

   Plusieurs auteurs ont remarqué que le fait que le patient connaisse les limites du temps de traitement accélère le processus de changement thérapeutique. De cette façon, la thérapie a un début, un milieu et une fin, et le malade et le thérapeute, en sachant cela, sont davantage capables de faire face aux problèmes qui sont associés à chacune des phases de la thérapie (Mann, 1973).

   La limite de temps elle-même peut être un ingrédient important pour produire des changements dans des traitements à court terme. Frank (1959) a trouvé qu'il existe une certaine évidence que les malades répondent plus rapidement au traitement lorsqu'ils savent à l'avance que celui-ci est limité dans le temps. Bierebaum et al. (1976) ont remarqué que des patients vus une heure par semaine expérimentaient davantage de catharsis et

dénotaient beaucoup plus d'amélioration que les patients qui étaient vus une demi-heure deux fois la semaine, ou encore deux heures à toutes les deux semaines.

5. L'aspect directif du thérapeute
   Sloane et al. (1975) ont utilisé l'échelle de Lennard et Bernstein pour mesurer le degré de contrôle du thérapeute sur le contenu de l'interaction thérapeutique. Ces auteurs ont trouvé que les thérapeutes behavioristes exerçaient davantage de contrôle sur le contenu de la thérapie que les psychothérapeutes d'orientation analytique. Dans cette étude, le thérapeutes behavioristes guidaient et conseillaient davantage les patients que ne le faisaient les thérapeutes d'orientation analytique. Cependant, à la postcure de deux ans, les malades qui avaient été vus en thérapie analytique et comportementale, soit les deux groupes, croyaient que leur thérapie était importante parce que les thérapeutes, peu importe leur orientation, leur avaient prodigué de l'encouragement, des conseils et de la réassurance.

   Nous avons revu dans cette section les études qui mettent l'accent sur les processus communs à la plupart des approches en psychothérapie brève. Comme on peut le constater, plusieurs processus dans ce type de thérapie ressemblent étrangement à ceux qui sont utilisés en thérapie à long terme, comme par exemple le transfert, le rôle de l'interprétation et l'attente des sujets, mais ces facteurs peuvent être étudiés plus facilement dans un contexte de thérapie à court terme. Notons cependant qu'il existe une pauvreté expérimentale dans plusieurs domaines de recherche sur les processus en thérapie brève, malgré le fait que cette modalité thérapeutique se prête particulièrement bien à la recherche comparative avec d'autres formes de psychothérapie.

Recherche sur l'efficacité

La littérature sur la recherche sur l'efficacité des psychothérapies brèves et de crise porte principalement sur trois questions : « Est-ce que la psychothérapie brève amène une amélioration du patient ? » « Comment se compare l'amélioration produite par la psychothérapie brève à celle produite par des techniques thérapeutiques à long terme ? » « Est-ce qu'une approche de thérapie brève est supérieure à une autre ? ». Malheureusement, plusieurs études ne satisfont pas aux exigences d'une bonne recherche sur l'efficacité. En conséquen-

ce, la plupart des recherches publiées ne répondent pas de façon claire à ces questions.

1. L'évaluation de l'efficacité par le patient et le thérapeute

   Les évaluations de la thérapie par le patient et le thérapeute sont bien souvent des sources biaisées d'information sur l'efficacité de la psychothérapie. Les thérapeutes rapportent souvent des changements positifs chez les patients en se basant purement sur leur évaluation subjective. Plusieurs études attestant l'efficacité des méthodes à court terme sont de ce type. La plupart de ces études rapportent une amélioration chez approximativement 70 % des cas (Sifneos, 1972).

2. Mesure objective de l'efficacité

   Les études qui utilisent des mesures d'efficacité comme les procédures d'entrevues standardisées, les échelles de symptômes, des évaluations d'évaluateurs indépendants et des tests objectifs, pour n'en nommer que quelques-unes, et qui utilisent des groupes contrôles sans traitement pour leurs comparaisons sont beaucoup plus utiles. Cependant, ce genre d'étude est également beaucoup plus difficile à trouver. En général, ces études démontrent une évidence suggestive d'un haut niveau d'amélioration chez les patients traités aussi bien que chez ceux qui n'ont eu que des contacts minimes avec des thérapeutes. Tout de suite à la fin de la thérapie, on retrouve habituellement des différences significatives en faveur du groupe traité. Ces différences disparaissent au cours de la postcure à long terme. On peut aussi prétendre que la disparition des effets de la psychothérapie n'est peut être pas due au traitement lui-même, mais à d'autres crises ou d'autres problèmes survenus au cours de la postcure.

   Les conclusions de l'équipe de Frank (1959) et de Sloane (1975) sont remarquablement similaires en dépt du fait qu'elles aient été rapportées à 16 ans l'une de l'autre et qu'une étude a utilisé des thérapeutes expérimentés connus de façon nationale, alors que l'autre a utilisé des résidents en psychiatrie. Les deux études rapportent des changements positifs pour les groupes qui n'ont eu que des contacts minimes à la fin de la thérapie, mais ces résultats sont de façon générale significativement plus bas que ceux qu'on retrouve dans les groupes qui ont reçu un traitement psychologique.

3. La psychothérapie à long terme opposée à la psychothérapie brève

   L'équipe de Shlien (1962) conclut que la thérapie brève n'est pas seulement aussi efficace que la thérapie à long terme, mais qu'elle est également doublement efficace. De son côté, l'équipe de Luborsky (1975) a recensé un nombre d'études comparant les résultats obtenus par les méthodes à long terme et à court terme et conclut que : « Les huit études contrôlées et comparatives disponibles montrent de façon assez consistante qu'il n'y a pas de différence significative entre les résultats obtenus par les psychothérapies à long terme et les psychothérapies brèves. Cette constatation démontre au moins une tendance en faveur des traitements à court terme.

4. Études comparatives sur l'efficacité

   Six équipes de chercheurs ont examiné l'efficacité comparative de différentes approches en psychothérapie brève (DiLoreto, 1971 ; Leven, Breger et Patterson, 1972 ; Nichols et Reifler, 1973 ; Nichols, 1974 ; Patterson et al., 1971 ; Paul, 1967 ; Sloane et al., 1975, 1976).

   Dans l'ensemble, il y a peu de preuves pour une supériorité significative d'une méthode de psychothérapie brève sur l'autre. Dans certains cas, des thérapeutes relativement inexpérimentés ont été utilisés et dans d'autres les techniques ont été appliquées dans des situations non cliniques, c'est-à-dire chez des étudiants volontaires. Donc, les limitations méthodologiques ne permettent pas d'établir de conclusions stables à ce point. Il demeure important pour la recherche future d'incorporer des variables plus fiables dans les protocoles expérimentaux et d'inclure des répliques expérimentales des études afin d'obtenir une image plus claire de l'efficacité relative des différentes méthodes qui sont appliquées dans des populations clairement définies.

5. L'efficacité de la thérapie de crise

   Un problème méthodologique sérieux dans les études sur l'efficacité de l'intervention de crise demeure la mobilité de la population, ce qui résulte en un taux élevé de défections. Un deuxième facteur de difficulté dans ce type de recherche est la spécification de l'échantillonnage. Les techniques d'intervention de crise sont recommandées pour tout client en crise peu importent son ajustement typique et l'impression situationnelle. Une telle hétérogénéité cause des problèmes lorsqu'on compare les études.

6. Danger des psychothérapies brèves
   Les données de plusieurs études suggèrent une détérioration parmi les patients des services de crise (Gottschalk et al., 1967; Green et al., 1975). La détérioration a également été décrite parmi des patients qui recevaient des psychothérapies brèves (Frank et al., 1959). La différence majeure entre les études qui trouvent une détérioration et celles qui n'en rapportent pas tient surtout au niveau de l'expérience des thérapeutes. En effet, lorsque des thérapeutes inexpérimentés ou non qualifiés utilisent les techniques de thérapies brèves, on retrouve une augmentation de l'incidence des effets négatifs ou de réactions indésirables de la part du patient.
7. Efficacité des méthodes comportementales
   Plusieurs articles rapportent des données sur l'efficacité des techniques behaviorales. Les résultats de ces travaux seront rapportés dans le chapitre sur les thérapies comportementales.

Résumé et conclusion

Qu'ils soient planifiés ou dus à une fin prématurée, plusieurs contacts psychothérapeutiques sont brefs et durent moins de huit séances. Récemment, surtout à cause des situations d'urgence et partiellement à cause des protocoles expérimentaux, la psychothérapie brève est devenue un traitement de choix. Les thérapies à court terme ont été développées pour faire face à des types de problèmes précis ou encore pour répondre à des populations spécifiques de patients. Les études comparatives des thérapies brèves et à long terme ne montrent essentiellement aucune différence dans les résultats. Conséquemment, la thérapie brève entraîne une économie appréciable de temps clinique et peut atteindre beaucoup plus de personnes qui ont besoin de traitement. En ce qui a trait aux variables qui entrent dans le traitement, les données objectives sont peu nombreuses, principalement parce que ces processus sont difficiles à mesurer de façon objective. La littérature publiée à ce sujet est mince et souvent non concluante. L'importance de la relation thérapeutique a été démontrée comme étant une variable importante. La plupart des thérapies à court terme mettent l'accent sur l'interprétation, habituellement directive. L'efficacité de l'interprétation directive, telle que la confrontation et le fait de donner des conseils, n'est pas clairement démontrée. Quant au rôle de l'attente des sujets, il existe une évidence assez claire qui suggère que les attentes du malade sont un important facteur pour obtenir une

efficacité thérapeutique. Cependant, on ne doit pas penser qu'au point de vue de la recherche l'évaluation soit actuellement complète. L'attente est simplement une autre variable à étudier et non pas un concept explicatif.

La limite de temps imposée en psychothérapie brève joue un rôle important. Les études retenues ont démontré l'importance de la limitation de temps dans les thérapies brèves afin de garder le sujet conscient du besoin d'atteindre le but rapidement. L'efficacité de la limite de temps sur les thérapies à long terme pour amener les changements n'a pas été clairement démontrée en recherche. Nous croyons qu'il existe une limite inférieure sur la quantité de temps qu'un thérapeute peut passer avec un patient et démontrer qu'il existe des gains thérapeutiques. Cependant, la limite de temps n'a pas été étudiée de façon suffisante comme variable elle-même pour permettre d'arriver à des conclusions fermes sur la relation de la limite de temps et l'efficacité thérapeutique.

La recherche sur l'efficacité des thérapies brèves est parsemée de difficultés. L'inclusion de groupes contrôles n'a pas été résolue dans plusieurs études rapportées. La plupart des études qui ont rapporté des taux d'amélioration substantielle peuvent être considérées comme une réplique de l'effet de Hawthorne qui démontre que le moindre contact avec un patient entraîne une amélioration dans la mesure où le patient sait que le thérapeute vérifie son comportement et le rencontre de temps à autre. Des comparaisons de différents traitements psychologiques demeurent maintenant la seule façon éthique pour obtenir des investigations contrôlées. Enfin, il semble y avoir une certaine évidence que les thérapies brèves et les thérapies de crise peuvent produire des détériorations psychologiques chez les patients, surtout lorsqu'on a recours à des thérapeutes inexpérimentés.

En conclusion, nous sommes impressionnés par le besoin de protocoles expérimentaux plus sophistiqués et l'importance de préciser des techniques qui seront utilisées dans les études futures. Nous croyons que la recherche sur les thérapies brèves doit continuer afin d'évaluer les processus et l'efficacité des psychothérapies.

Les thérapies de groupe

Les thérapies de groupe ne représentent pas des techniques thérapeutiques particulières ni une philosophie commune de traitement. Cette forme de thérapie renvoie davantage à l'environnement dans lequel les vues particulières et les techniques des écoles analytiques, behaviorales, humanistes et transpersonnelles ont été implantées. En plus d'avoir une connaissance dérivée de l'école de pensée auquel il adhère, le praticien de la thérapie de groupe doit comprendre la dynamique et les processus des petits groupes.

Comme le rapportent Bednar et Kaul (1978) dans leur excellent chapitre sur la revue des recherches en psychothérapie de groupe, toute analyse sur la recherche des thérapies de groupe ne doit pas perdre de vue deux points qui sont interreliés. Le premier est la grande complexité des phénomènes de groupe. Le second est l'état relativement primitif du développement théorique dans le domaine des traitements de groupe. À la vue de ces circonstances, nous tenterons d'éviter les louanges gratuites ou des condamnations injustes, mais nous tenterons plutôt de mettre l'accent sur ce que nous percevons être les réalités auxquelles font face ceux qui sont engagés autant dans la recherche que dans la pratique de la psychothérapie de groupe.

D'ailleurs, dès le départ, la thérapie de groupe est définie de façon très générale. Comme Lieberman (1976) l'a déjà rapporté, plusieurs des limites déterminées des différentes orientations de groupe semblent refléter davantage des particularités professionnelles et une imprécision sémantique que des différences réelles.

Études d'efficacité

Des considérations professionnelles et éthiques demandent que la recherche sur l'efficacité soit de première importance pour les professions de services publics. Malheureusement, plusieurs systèmes d'aide psychologique sont reconnus comme des modes, des mouvements avec un zèle presque missionnaire ou encore, d'autres mouvements prônent des succès dont les réclamations ne sont pas fondées.

Problèmes méthodologiques

Devant ces faits, l'intégrité expérimentale des recherches sur les thérapies de groupe pourrait être compromise par les effets de plusieurs artefacts. En effet, on peut s'attendre que les groupes répondent de façon différente à des traitements similaires à cause des conséquences de l'écologie unique de chaque groupe et, dans plusieurs études, ceci devrait être considéré comme une erreur expérimentale. Les contrôles standards pour une telle variation des situations, de la randomisation et de la réplique des études peuvent être très dispendieux et bien souvent impossibles de façon pratique. Enfin, les effets placebo et les effets d'attente ont des implications dans toute la littérature sur l'efficacité des thérapies de groupe. Bien que ces phénomènes se retrouvent également dans les études de thérapies individuelles, ils peuvent sûrement créer de la confusion dans les études de groupe. En considérant les niveaux élevés d'expression émotionnelle, l'activité interpersonnelle et l'encouragement à parler qui sont si fréquents dans les groupes thérapeutiques, il n'est pas alors surprenant de trouver des facteurs non spécifiques qui proviennent de l'enthousiasme et de l'encouragement dans la situation.

Études d'efficacité

Dans l'évaluation de 47 études contrôlées, 34 portent sur des étudiants volontaires, 4 chez des délinquants et seulement 9 chez des patients psychiatriques. Parmi ces études, les meilleures sont celles faites avec les étudiants (Arbes et Hubbell, 1973; Cooper, 1972; Dies et Sadowsky, 1974; Felton et Biggs, 1972; Felton et Davidson, 1973; Fromme et al., 1974; Kaye, 1973; Shapiro et Diamond, 1972; Stanton, 1975). Bien qu'elles soient contrôlées, plusieurs sources de variance sont importantes dans ces études et incluent la composition des groupes, le style de leadership, de même que la fréquence, l'intensité et la durée des séances de groupe. En conséquence, il est impossible de spécifier les processus essentiels du traitement qui sont inclus dans les investigations au-delà du fait que celles-ci apparaissent être données dans un contexte de groupe. Malgré ces limitations, ces études peuvent contribuer à l'identification de quelques-uns des effets des traitements de groupe. Par contre, ces recherches sont significatives en ce sens qu'elles contribuent à déterminer certaines dimensions du changement qui sont associées à la participation à un groupe, de même qu'à l'efficacité des expériences de groupe. Un résumé des

résultats indique qu'une variété de caractéristiques humaines sont affectées de façon significative par les expériences en groupe. Les méthodes de mesure incluent des évaluations psychométriques, des évaluations par un évaluateur indépendant et des « self reports ». Les phénomènes intrapsychiques, interpersonnels et de groupe ont été également mesurés. Selon Yalom (1975), il existe certaines variables qui sont centrales dans les traitements en groupe. Celles-ci incluent, entre autres: 1) la récapitulation correctrice du groupe familial; 2) l'apprentissage interpersonnel; 3) le comportement d'imitation; 4) l'altruisme; 5) l'universalité et 6) le sentiment d'appartenance.

Il y a eu un intérêt assez marqué pour les psychothérapies de groupe intensives, appelées thérapies de groupe marathon. Celles-ci consistent en une seule séance thérapeutique qui dure de 6 à 48 heures ou plus. Les critiques des techniques de marathon prétendent que lorsque les sujets sont fatigués, ils ne peuvent pas pratiquer les nouveaux comportements ou s'engager de façon constructive avec les autres membres du groupe. D'autres affirment que les nouveaux apprentissages ne peuvent pas se généraliser de la séance thérapeutique à l'environnement quotidien. Dans ce domaine, une seule étude comparative et assez bien contrôlée retient notre attention; c'est celle de Bare et Mitchell (1972). Ceux-ci ont comparé les effets des groupes de sensibilisation qui ont été offerts dans trois conditions expérimentales différentes. 1) Le premier groupe reçut 30 heures de rencontres de groupe sur une période de 10 semaines. 2) Le marathon consistait en 24 heures continues de thérapie de groupe. 3) Le troisième groupe recevait 10 heures de thérapie continuelle suivies par 5 séances hebdomadaires de 2 heures chacune et se terminant avec 10 autres heures de thérapie continuelle. 4) le quatrième groupe de sujets ne recevait aucun traitement. Cent soixante-cinq adultes ont participé volontairement à cette expérience de croissance personnelle. L'analyse des données indique trois conclusions intéressantes. Premièrement, les participants dans les trois groupes thérapeutiques ont montré de façon significative des changements de comportement à la fin de la thérapie. Deuxièmement, cette différence persistait toujours à la postcure de trois mois. Troisièmement, quelle que soit l'intensité du traitement, les résultats étaient les mêmes. Plusieurs autres études ont rapporté des résultats qui ne supportent pas l'affirmation que les traitements marathons augmentent les effets des processus de groupe.

Étude des variables de la personne et des facteurs de traitement

Les sujets qui ont une pensée psychologique profitent davantage des groupes thérapeutiques d'*insight* que d'une thérapie orientée vers les interactions entre les participants.

En ce qui a trait aux caractéristiques du thérapeute de groupe, malgré l'accord presque universel qu'elles sont des déterminants importants pour les résultats et les processus de groupe, la documentation ne reflète pas un très grand intérêt à ce sujet. Lieberman (1976) semble arriver à la même conclusion dans sa revue. De façon brève, il rapporte qu'il existe une base empirique très mince démontrant que des thérapeutes expérimentés sont plus efficaces que des novices.

Défections et dangers

Grotjahn (1972), dans une analyse rétrospective de sujets qui ont quitté les groupes, suggère que les sujets qui quittent le groupe sont moins motivés pour le traitement et craignent d'être confrontés aux autres membres du groupe ou au thérapeute. De plus, il rapporte que plusieurs sujets ont arrêté le traitement parce qu'ils devenaient psychotiques. Cependant, il soutient que cela peut être davantage considéré comme un processus dans la genèse de leur décompensation plutôt que d'être directement attribué à la thérapie de groupe.

En résumé, on peut donc dire que l'évidence accumulée des recherches sur les traitements de groupe indique que ceux-ci sont plus efficaces que le non-traitement ou que les traitements non spécifiques, au moins en certaines circonstances. Par contre, il est clair que tous les traitements de groupe n'ont pas des résultats bénéfiques de façon uniforme. En effet, dans plusieurs études, nous ne pouvons rejeter l'hypothèse nulle, et il y a même certaine évidence de danger avec ces traitements. Dans presque toutes les études comparatives, plusieurs données sont composées avec des facteurs comme les populations, les caractéristiques de la personnalité des thérapeutes, les mesures d'efficacité et les buts du traitement. Même s'il est encourageant de voir que les thérapies de groupe se comparent favorablement à d'autres formes de traitements psychologiques, il y a encore très peu d'information qui suggèrent des effets différents ou encore la supériorité d'aucun des traitements de groupe. Actuellement, il n'y a aucune donnée claire qui nous permette d'affirmer pourquoi ces traitements produisent des bienfaits théra-

peutiques. Enfin, il est à noter que des étudiants ont été davantage étudiés que n'importe quelle autre population. Cependant, certains clients de classe socio-économique basse, certains patients d'hôpitaux psychiatriques ont également répondu de façon positive aux mêmes conditions de traitement.

Il reste que trois facteurs semblent particulièrement importants dans les traitements en groupe. Ce sont la cohésion, la révélation de soi et le feedback.

En ce qui a trait à la cohésion, elle est rarement considérée de façon objective dans les études et bien souvent elle est décrite en termes de jargon comme l'amitié, la solidarité, l'appartenance au groupe, etc. Dans plusieurs articles, la signification de la cohésion n'est pas spécifique ; elle est décrite en termes vagues et obscurs et elle n'indique pas d'équivalence entre des définitions conceptuelles et opérationnelles. Quant à la valeur de la révélation de soi dans les processus de groupe, elle a été l'objet de critiques autant que d'un enthousiasme exubérant en tant que facteur central pour un traitement réussi. Il semble que les implications empiriques et cliniques de la révélation de soi dans des travaux de groupe soient sujettes à plusieurs sources de confusion qui viennent des limitations conceptuelles du concept. Ces problèmes sont rarement reconnus dans la documentation expérimentale ou théorique. Enfin, en ce qui a trait au feedback, de façon générale, il est accepté que l'échange d'impressions personnelles parmi des individus lors d'une communication responsable peut constituer une des facettes les plus puissantes dans les thérapies de groupe. Cependant, malgré le consensus sur la valeur du feedback, il y a un manque fondamental de clarté en ce qui regarde certaines considérations de base qui sont reliées à sa définition et à son implication. Les définitions les plus fréquemment utilisées mettent l'accent sur l'échange d'information et de perception d'une façon authentique.

La thérapie comportementale (thérapie behaviorale)

La plupart des techniques de thérapie comportementale proviennent des études en laboratoire sur les processus d'apprentissage. Le thérapeute ne postule pas ici l'existence d'une maladie, du développement d'une personnalité aberrante ou encore d'un conflit interne sous-jacent. Le problème est plutôt défini en termes de comportement spécifique que le malade ou la société considère comme inadapté. Le but du traitement est de modifier le comportement. Le behavioriste ne considère pas des formes inadaptées de comportement comme l'évidence d'une pathologie, mais plutôt comme des moyens par lesquels les gens ont appris à interagir avec leur environnement. Il croit que les problèmes de comportement se développent selon les même principes d'apprentissage qu'on utilise lorsqu'on développe des comportements dits normaux. Le traitement comportemental commence avec l'étude détaillée des événements qui précèdent et qui suivent l'apparition d'un problème comportemental particulier.

La thérapie comportementale a donc comme objectif de base la modification des interactions entre la personne et son environnement. La tâche du thérapeute behavioriste consiste à observer et à analyser le comportement en relation avec les contraintes du milieu et à concevoir, mettre en oeuvre et évaluer des programmes d'intervention pour modifier certains comportements du sujet (Lamontagne et Lamontagne, 1975).

Recherche sur l'efficacité

En comparaison avec la faible quantité des études avec groupes contrôles au sujet des autres psychothérapies, la documentation sur les résultats de la thérapie comportementale est très vaste. Cependant, plusieurs articles font la synthèse de cette masse de documents (Brigham et Catania, 1979; Franks et Wilson, 1979; Kazdin, 1977; Kazdin et Wilson, 1978; Leitenberg, 1976; Marks, 1978; Rachman et Wilson, 1980).

Lorsque l'on étudie les résultats à l'appui de la thérapie comportementale, il est nécessaire de structurer l'évaluation en fonction principalement des techniques de traitement utilisées. Dans les

pages qui suivent, nous analyserons de manière sélective les données concernant les techniques comportementales les plus appliquées au traitement des troubles psychologiques. Il faut reconnaître que dans le cadre de la pratique clinique générale, le thérapeute comportemental emploie ordinairement une combinaison de diverses techniques afin de traiter les problèmes complexes.

La désensibilisation systématique

Cette technique a suscité le plus grand nombre de recherches, de discussions et de controverses sur le plan théorique. Encore actuellement, les spécialistes sont loin d'être d'accord sur la nécessité de chacune des composantes de la désensibilisation systématique (Davidson et Wilson, 1973; Mahoney, 1974; Paul, 1969; Yates, 1975). En bref, la désensibilisation systématique consiste d'abord à préparer une hiérarchie des situations anxiogènes chez le malade et à lui enseigner une méthode de relaxation musculaire. Puis, sous relaxation, le malade est graduellement exposé, en imagination, aux divers stimuli, jusqu'à ce qu'il ne ressente plus aucune anxiété.

Études comparatives

Dans une importante étude sur la preuve expérimentale de la désensibilisation systématique, Paul (1969) fut en mesure de conclure que les résultats étaient extrêmement positifs. Dans une étude détaillée, Rachman (1971) résume la preuve expérimentale de la désensibilisation systématique comme suit: « La désensibilisation systématique permet de réduire de manière efficace le comportement phobique. Il n'est pas nécessaire de s'informer de l'origine de la phobie pour l'éliminer et il n'est pas non plus nécessaire de changer les attitudes fondamentales du sujet pour modifier sa personnalité. L'élimination d'une phobie est rarement suivie par une substitution de symptômes. La réponse au traitement n'est pas reliée aux caractéristiques de suggestibilité. La relaxation, seule ou accompagnée par des entrevues psychothérapeutiques, ne réduit pas les phobies. L'établissement d'un rapport thérapeutique avec le patient ne réduit pas de lui-même la phobie. La thérapie interprétative combinée avec la relaxation ne réduit pas le comportement phobique. L'induction d'un état de relaxation subjective facilite la désensibilisation mais ne constitue pas une condition préalable. La technique peut être utilisée efficacement même lorsque le sujet n'est pas dans un état de relaxation musculaire. »

Les objections aux études sur la désensibilisation systématique viennent de deux sources : critiques de validation interne et critiques de validation externe.

a) Validation interne.

Les conclusions de Kazdin et Wilcoxon (1976) sont à l'effet qu'il n'existe pas de preuves méthodologiquement acceptables que les résultats obtenus avec la désensibilisation systématique ne peuvent pas être attribués à ce qu'on appelle les effets non spécifiques du traitement comme l'effet placebo et les croyances en l'amélioration thérapeutique puisque seulement cinq des 92 études qu'ils ont passées en revue ont satisfait à leurs exigences méthodologiques. D'autres auteurs, comme Rachman et Wilson (1980), croient que les preuves disponibles appuient la revendication que l'efficacité bien établie de la désensibilisation systématique est attribuable aux éléments composants de cette technique elle-même.

b) Validité externe.

Bernstein et Paul (1971) ont souligné le fait que la plupart des chercheurs employant un modèle analogue ont utilisé des sujets moyennement phobiques, des thérapeutes inexperimentés et peu entraînés et n'ont pas toujours éprouvé les méthodes de traitement de manière à ce qu'elles soient compatibles avec leurs applications cliniques. De leur côté, Luborsky et al. (1975) décrivent toutes les études en laboratoire sur les peurs spécifiques et les phobies comme étant non pertinentes à l'évaluation des méthodes comportementales dans le traitement des désordres névrotiques. Toutefois, Bandura (1978), Bernstein et Paul (1971), Borkovec et O'Brien (1976), Kazdin et Wilson (1978) et Borkovec et Rachman (1979), entre autres, ont observé que la recherche en laboratoire sur des peurs spécifiques peut contribuer de façon importante au développement et à la démonstration de méthodes de traitement cliniquement efficaces dans l'anxiété et les phobies.

De façon générale les auteurs concluent que la désensibilisation systématique est plus appropriée pour les problèmes phobiques spécifiques et bien définis (Wolpe et al., 1973), qu'elle peut amener une amélioration même dans des réactions phobiques complexes comme l'agoraphobie (Gelder et al., 1973), mais qu'elle n'est pas nécessairement la technique behaviorale la plus efficace dans le traitement des névroses (Rachman et Wilson, 1980).

L'immersion

L'immersion consiste à soumettre le patient à une stimulation fortement anxiogène pendant un laps de temps assez long sous la direction d'un thérapeute. Le terme « immersion » fut créé par Baum en 1968 (Baum, 1968); il suffit donc de présenter massivement les stimuli générateurs d'anxiété au sujet phobique (Lamontagne, 1977).

Recherche sur l'efficacité

Plusieurs études traitant de l'immersion ont été publiées (Leitenberg, 1976; Marks, 1978; Mathews, 1978). Pour mieux évaluer l'efficacité de l'immersion, il faut tenir compte du type de sujet et des problèmes analysés par les recherches.

Les facteurs les plus saillants qui découlent de la recherche sur l'efficacité du traitement par immersion sont les suivants:

a) En général, l'immersion in vivo donne de meilleurs résultats que l'immersion en imagination (Lamontagne, 1973; Marks, 1978).

b) Des expositions trop brèves du sujet peuvent être moins efficaces (Stern et Marks, 1973; Girodo et Roehl, 1976).

c) Contrairement aux premières affirmations, il n'est pas nécessaire d'augmenter l'anxiété au cours de l'immersion, car le niveau d'anxiété du patient au cours de la thérapie n'est pas lié aux résultats ultérieurs (Hafner et Marks, 1976; Mathews, 1978).

d) L'exposition graduelle in vivo à la situation phobique semble être aussi efficace que l'exposition rapide à la situation la plus fortement anxiogène (Boersma et al., 1976).

e) L'immersion effectuée sous la direction d'un thérapeute donne de meilleurs résultats que les enregistrements d'instructions thérapeutiques sur bandes magnétiques (Marks, 1978).

f) L'immersion effectuée au sein d'un groupe peut être aussi efficace qu'un traitement individuel (Hafner et Marks, 1976; Hand, Lamontagne et Marks, 1974).

g) Le traitement par exposition in vivo au cours duquel le sujet contrôle lui-même l'exposition peut être aussi efficace et plus rentable sur le plan financier que l'exposition contrôlée par le thérapeute (Emmelkamp et Draanen, 1977).

h) L'immersion dirigée par un personnel infirmier spécialement formé semble être aussi efficace que le traitement dispensé par des psychologues ou des psychiatres en milieu clinique. Cela permet d'améliorer le rapport qualité-prix et l'efficacité des services dispensés aux patients (Marks et al., 1977).

Il a donc été démontré que l'immersion constitue une méthode efficace pour le traitement des troubles phobiques y compris l'agoraphobie (Lamontagne, 1981). Cette technique est plus efficace lorsqu'elle est pratiquée in vivo et pendant des périodes d'exposition adéquates. Ce traitement peut être administré de manière satisfaisante par des membres du personnel infirmier et même par le patient lui-même sous surveillance.

Le système de jetons

Le système de jetons est le nom que reçoit l'application des principes et des techniques de conditionnement opérant. Les deux méthodes principales sont le renforcement positif pour développer et maintenir des comportements appropriés et la suppression du renforcement positif pour diminuer la fréquence des comportements inappropriés. Le point de départ d'un tel programme est de trouver un renforçateur applicable à haute échelle et de l'administrer immédiatement après la manifestation du comportement désiré. À cette fin, un renforçateur conditionné est utilisé, un jeton, par exemple, pour combler le délai entre l'apparition de la réponse désirée et la disponibilité du stimulus renforçant; le jeton devient une forme de monnaie et peut être échangé contre toute une variété de démarches et d'activités selon le choix du malade (Ayllon et Azrin, 1968).

Selon Paul (1969), le système de jetons est différent des autres systèmes en ce sens qu'il n'encourage pas la dépendance du malade. C'est, à la base, un système stimulant de renforcement pour un travail. Comme tel, il consolide les comportements compatibles avec ceux de la société en général. Un élément important qui plaide en faveur de cette approche porte sur l'entraînement du personnel non professionnel comme cothérapeute. La main-d'oeuvre professionnelle étant limitée et la possibilité de traitement davantage accessible à toute la population, le personnel professionnel se doit de déléguer plus de responsabilités à ceux qui sont en contact direct avec le malade, comme les infirmières, les préposés aux malades, les agents de probation, les amis et les membres de la famille (Lamontagne et Lamontagne, 1975).

Recherche sur l'efficacité

Un grand nombre d'études ont comparé le système de jetons aux autres formes de traitements des psychotiques et autres patients placés dans des établissements psychiatriques. Kazdin et Wilson (1978) résument les résultats de huit études qui comparent le

système de jetons au traitement ordinaire des hôpitaux. Ils concluent que la confirmation de la supériorité du traitement par jetons est loin d'être sans équivoque, en raison des problèmes méthodologiques rencontrés par ces recherches. Kazdin (1977), dans son étude encyclopédique de la documentation concernant le système de jetons, observe que la plupart des programmes ont été centrés sur une gamme limitée de comportements des sujets, choisis plus en fonction des besoins de la recherche que des besoins cliniques des patients. La deuxième lacune du système de jetons est l'absence d'évaluation appropriée de post-observation, c'est-à-dire la généralisation des réponses apprises à l'hôpital aux situations dans la vie réelle. Un troisième problème inhérent aux études sur l'économie de jetons est que celle-ci met trop l'accent sur le contrôle de l'environnement au lieu de s'attarder au comportement anormal (Rachman et Wilson, 1980).

Les méthodes aversives

Certains types de comportements inadaptés semblent être maintenus parce que leurs conséquences naturelles sont renforçantes pour l'individu. C'est surtout le cas pour les problèmes sexuels, l'alcoolisme et l'autodestruction. Plusieurs recherches ont évalué l'efficacité de l'aversion pour ce genre de problème. En général, les méthodes aversives servent à convertir les impressions agréables de plaisirs défendus en impressions négatives ou désagréables.

Recherche sur l'efficacité

La thérapie par aversion a enregistré d'assez bons succès avec plusieurs types de problèmes sexuels. Pour l'alcoolisme, les succès ont été plus modestes. Avard (1980) a dégagé une grille d'analyse qui permet de situer dans une perspective d'ensemble les recherches de la dernière décennie dans ce domaine. Les faits les plus saillants sont les suivants:

1. Très peu d'études comparatives avec groupe contrôle ont été réalisées et le rôle spécifique de la thérapie par aversion reste à définir dans les problèmes sexuels.
2. Le fait d'éliminer le comportement déviant ne produit pas nécessairement un comportement alternatif et n'engendre pas non plus un répertoire adéquat d'habiletés sociales sexuelles.
3. Le conditionnement aversif utilisé seul chez les alcooliques s'est révélé largement inefficace.

4. Soulignons que, pour des raisons d'éthique, la thérapie par aversion ne devrait être utilisée que lorsqu'il n'y a pas d'autres possibilités. Le besoin de contrôle nous apparaît donc important, surtout pour l'administration des techniques aversives. À ce sujet, certains chercheurs (Lamontagne, 1974) ont suggéré les méthodes de contrôle suivantes:
   1) Le choix de l'aversion comme technique thérapeutique devrait en être un de dernier ressort; elle ne pourrait être appliquée qu'après présentation du cas à l'équipe thérapeutique et après acceptation unanime par celle-ci.
   2) Ces méthodes ne devraient être employées qu'avec le consentement écrit du malade qui demeure libre de quitter le traitement s'il se sent incapable de continuer.
   3) Ces techniques ne devraient être administrées que sous la surveillance des collègues du thérapeute.
   4) Le thérapeute devrait abandonner toute méthode incapable de démontrer une aide significative pour les malades par des données objectives.

L'apprentissage par imitation ou modeling

L'apprentissage par imitation ou modeling est une technique accessoire qui renvoie aux méthodes par observation ou par substitution dans lesquelles un individu acquiert de nouveaux modèles de comportement ou effectue des actions autrefois inhibées en observant quelqu'un qui effectue ces mêmes actions. Soulignons seulement ici que selon Rachman et Wilson (1980) les procédures de modeling seraient efficaces dans la réduction de la peur, mais, selon l'équipe de Marks (1975), l'apprentissage par imitation peut aider certains patients, mais globalement elle n'est pas supérieure à la méthode de l'immersion.

L'assertion et les habiletés sociales

L'assertion est un concept très en vogue dans l'approche comportementale (Hersen et Eisler, 1976; McFall, 1976; Wolpe, 1973). Elle recouvre, d'une part, un construit de personnalité et, d'autre part, un ensemble de techniques behaviorales axées sur l'amélioration des interactions sociales. L'entraînement aux habiletés sociales ou entraînement à l'assertion repose sur le postulat selon lequel l'anxiété, dans les interactions sociales, existe du fait de l'absence ou de la déficience des réponses appropriées. La thérapie vise donc à développer les réponses appropriées dans le répertoire de l'indivi-

du à l'aide de la répétition, de l'apprentissage par imitation et de la rétroaction.

Recherche sur l'efficacité

La recherche porte sur l'analyse comparée des différentes composantes thérapeutiques et sur les résultats obtenus avec différentes populations et différents problèmes. En se limitant aux études cliniques chez les malades, par la revue de la documentation existante (Mathieu et al., 1980), on se rend compte que l'entraînement aux habiletés sociales semble pouvoir s'appliquer avec certains succès au traitement d'une variété de problèmes psychiatriques comme l'alcoolisme, la délinquance et les problèmes de couple. Weinman et al. (1972) et Hersen et Bellack (1976) utilisent certains éléments pour augmenter la fréquence d'interaction de schizophrènes et Libit et Lewinsohn (1973) ont mis l'accent sur l'importance du manque d'habiletés sociales comme condition antécédente des comportements dépressifs. Enfin, très récemment, Stravynski (1982, 1983) a montré des résultats intéressants en utilisant l'entraînement aux habiletés sociales dans les problèmes de personnalité d'évitement.

Malheureusement, la recherche actuelle dans ce domaine présente le problème de l'inefficacité de certaines mesures de changement, la brièveté du contrôle, le manque d'évaluation à long terme ainsi que le peu d'études sur les stratégies nécessaires afin d'assurer la généralisation des comportements (Mathieu et al., 1980).

Conclusion

En conclusion, grâce à de nombreuses recherches cliniques, le champ des problèmes examinés et traités sous l'angle de la thérapie comportementale s'est énormément élargi depuis les dernières années. Nous pouvons maintenant dresser un tableau des indications thérapeutiques où la thérapie comportementale peut apparaître comme le traitement de choix et classifier également d'autres indications où la thérapie comportementale peut servir de traitement adjuvant (Lamontagne, 1984). Selon la tendance actuelle, les techniques de thérapie comportementale semblent être des indications de choix pour les phobies, les problèmes obsessifs-compulsifs et les déviations sexuelles. La thérapie comportementale peut aussi être utile de façon adjuvante dans plusieurs autres problèmes psychologiques comme les problèmes conjugaux, les problèmes de relations interpersonnelles et de dysfonctionnements sexuels, l'énurésie, l'automutilation, l'obésité et l'anorexie nerveuse, les tics, les problèmes de

comportement et l'alcoolisme. Les méthodes de conditionnement opérant peuvent servir à la réhabilitation sociale de personnes souffrant de certains désordres chroniques comme la schizophrénie ou la débilité mentale. L'approche comportementale peut être un adjuvant important à d'autres méthodes thérapeutiques, mais il faudra encore d'autres études scientifiques pour prouver de façon plus ferme son efficacité dans tous ces cas.

La rétroaction biologique ou biofeeback

L'avancement prodigieux de la technologie et le progrès dans les sciences du comportement animal et humain ont servi de toile de fond au développement de la rétroaction biologique ou biofeedback. Les applications de ces nouvelles techniques ont soulevé au départ beaucoup d'enthousiasme. Les techniques de rétroaction biologique tirent leur fondement dans l'électronique, la psychophysiologie et le conditionnement opérant (Budzynski et al., 1970). Cette association de techniques vise à la mesure de nombreuses variables physiologiques étroitement liées à des phénomènes psychologiques. En transformant un influx physiologique en un stimulus visuel ou auditif, la rétroaction biologique permet d'objectiver certains états intérieurs et d'apprendre à les contrôler volontairement. Cette découverte importante ouvre des perspectives intéressantes en médecine et en psychiatrie.

Au point de vue clinique, les recherches sur les applications thérapeutiques des techniques de rétroaction biologique ont porté principalement sur le contrôle du rythme cardiaque, de la tension artérielle, de la température locale, des ondes cérébrales alpha et de l'activité musculaire (Lamontagne et al., 1977).

Même si plusieurs études sont assez bien contrôlées, les effets de l'entraînement à la rétroaction biologique sont bien souvent masqués par des facteurs comme des effets placebo, l'encouragement et l'enthousiasme des thérapeutes, l'intelligence du malade, son statut socio-économique, sa personnalité de base et sa motivation pour la thérapie. C'est pourquoi les résultats des études sur la rétroaction biologique sont bien souvent contradictoires et il est difficile de se prononcer de façon sûre sur l'efficacité de cette méthode (Lamoureux et al., 1980). Pour ces raisons, la rétroaction biologique ne doit demeurer qu'un outil de recherche et ne doit pas être vue comme une panacée (Evans, 1977). À la suite de la revue de la documentation, il semble que le mythe alpha s'estompera dans les prochaines années et qu'il ne restera que peu ou pas d'application clinique de la rétroaction alpha. Les études sur le rythme cardiaque sont loin d'offrir des conclusions marquantes pour le moment ; ce domaine semble également peu prometteur pour l'avenir. Lorsque l'électronique aura résolu les problèmes d'enregistre-

ment de la tension artérielle, cette forme de rétroaction pourra peut-être offrir un certain potentiel thérapeutique chez les hypertendus. Les études sur le contrôle de la température locale méritent d'être encouragées dans le traitement de la migraine. Enfin, l'entraînement à la rétroaction électromyographique est probablement celui qui a le plus à offrir au point de vue du traitement psychologique (Lamontagne et al., 1977). Néanmoins, des recherches ont démontré clairement que l'entraînement à la rétroaction électromyographique ne semble pas plus efficace que toute autre technique de relaxation (Lamontagne, 1983; Raskin et al., 1982). L'approche clinique au traitement de l'anxiété doit donc nécessairement inclure une stratégie complète de traitement (Lamontagne et al., 1982); et la rétroaction biologique doit servir d'adjuvant thérapeutique dans le cadre d'un traitement plus global et doit rarement être le traitement premier (Lamoureux et al., 1980). Dans ces conditions, il demeure donc très important d'avertir le public de se méfier des entrepreneurs qui vendent des instruments dont la qualité est bien souvent douteuse, de même que de toute publicité en faveur des cliniques de biofeedback.

Les thérapies cognitives

La thérapie cognitive peut être définie comme la modification de problèmes comportementaux et émotionnels en aidant à modifier les pensées du patient par des moyens cognitifs. L'apparition de la thérapie cognitive comportementale (*cognitive behavior modification*) (Beck, 1976; Ellis et Griger, 1977; Goldfried, 1977; Mahoney, 1977; Mahoney et Arnkoff, 1978; Meinchenbaum, 1977) est le développement le plus récent dans le large domaine de la thérapie comportementale. C'est la restructuration cognitive qui fait de cette thérapie un traitement psychologique distinctif qu'on peut d'ailleurs diviser en trois formes selon les trois auteurs les plus importants dans ce domaine, soit Ellis, Beck et Meinchenbaum.

La thérapie d'Ellis

La plus vieille des méthodes de restructuration cognitive est celle d'Ellis (1962), qui l'appelle la thérapie émotivo-rationnelle. Selon Ellis, ce ne sont pas les événements eux-mêmes mais la perception erronée qui cause les troubles émotionnels. Sans y être limitée, la thérapie utilise habituellement les étapes suivantes:

a) La persuasion verbale dont le but est de convaincre le client du contenu philosophique de la thérapie émotivo-rationnelle.
b) L'identification des pensées irrationnelles à travers le contrôle de soi du client et le feedback du thérapeute.
c) La provocation par le thérapeute d'idées rationnelles et des modèles d'interprétation rationnelle d'événements dérangeants.
d) La répétition cognitive qui a pour but de substituer à des énoncés irrationnels du patient des énoncés plus rationnels.
e) Des tâches comportementales dirigées de façon à développer des réactions rationnelles.

Recherche sur l'efficacité

Dans leur analyse sur les résultats de la thérapie émotivo-rationnelle, Rachman et Wilson (1980) présentent 21 études contrôlées sur le sujet. Selon eux, ces études présentent un problème majeur au départ: le manque de précision des procédures de traitement, ce qui fait que les variations et les ambiguïtés dans les

procédures rendent impossible une comparaison systématique entre les études. En plus du niveau méthodologique parfois très inégal dans les études, deux autres limitations importantes portent sur l'absence d'évaluation à long terme, la seule exception étant l'étude de Brandsma et al. (1978), qui inclut une postcure d'un an et le fait que, dans la plupart des études, le problème cible est l'anxiété face à des examens, à des discours publics ou à des situations interpersonnelles. Néanmoins, trois études portent sur des gens qui présentent des problèmes plus sérieux: l'équipe de Brandsma (1978) évalue le traitement chez des alcooliques, celle d'Emmelkamp (1975) porte sur le traitement des agoraphobes et celle de Moleski et Tosi (1976) sur des problèmes de bégaiement.

Dans l'étude de Brandsma et al., les sujets sont soumis à l'un des cinq groupes différents de traitements:

1. Thérapie émotivo-rationnelle faite par un thérapeute professionnel.
2. Thérapie d'orientation dynamique faite par des thérapeutes d'expérience.
3. Thérapie émotivo-rationnelle administrée par un ex-alcoolique.
4. Traitement des alcooliques anonymes.
5. Groupe contrôle sans traitement.

Les séances thérapeutiques consistent en 30 heures de traitement au rythme d'une séance par semaine. Les résultats après le traitement et la postcure montrent que tous les traitements sont supérieurs au groupe contrôle, la thérapie émotivo-rationnelle et la thérapie dynamique étant plus efficaces que les autres. Dans cette étude, la thérapie d'Ellis n'est pas supérieure à la thérapie dynamique.

Dans l'étude d'Emmelkamp, la restructuration cognitive ne donne pas d'amélioration significative, le traitement d'immersion in vivo étant supérieur. L'auteur suggère que les méthodes de restructuration cognitive sont peu appropriées pour des problèmes aussi graves que l'agoraphobie où le degré de stimulation physiologique est très élevé. Enfin, l'étude de Moleski et Tosi montre que le traitement par la thérapie émotivo-rationnelle est plus efficace que celui d'un groupe contrôle sans traitement et que celui de la désensibilisation systématique en imagination.

Comme on peut le constater, ces études ne donnent pas suffisamment d'informations adéquates pour arriver à des conclusions claires sur l'efficacité de la thérapie émotivo-rationnelle. Cependant, la plupart des résultats mènent à la conclusion que cette thérapie est

plus efficace que les influences placebo et que les groupes sans traitement. Il n'est présentement pas possible de démontrer que la thérapie d'Ellis est supérieure à d'autres formes de traitement.

La thérapie de Beck

L'approche cognitive de Beck (1963) se développe autour de la compréhension et des désordres de nature clinique, tout particulièrement celui de la dépression. Comme dans la thérapie émotivo-rationnelle d'Ellis, le but de la thérapie cognitive de Beck est le développement d'une pensée adéquate. Les phases de cette thérapie sont les suivantes:

a) Les clients deviennent conscients de leurs pensées.
b) Ils apprennent à reconnaître les pensées inadéquates ou erronées.
c) Ces pensées inadéquates sont remplacées par une connaissance plus adaptée, plus objective.
d) Le thérapeute offre le feedback et le renforcement en vue d'un changement cognitif et comportemental.

Cette dernière phase du traitement implique la prescription d'une liste d'activités explicites, des tâches graduées pour maîtriser et réussir des expériences ainsi que des devoirs à la maison. Les méthodes particulières utilisées pour accomplir ces objectifs thérapeutiques sont donc à la fois cognitives et behaviorales de nature (Beck et al., 1978).

Recherche sur l'efficacité

La recherche contrôlée sur l'efficacité de la thérapie cognitive de Beck se limite présentement à très peu d'études. La plus importante est une étude comparative qui oppose la thérapie cognitive à la pharmacothérapie dans le traitement de la dépression chez des patients suivis en clinique externe (Rush et al., 1977). Les résultats démontrent que la dépression est réduite de façon substantielle par les deux traitements; cependant, la thérapie cognitive donne des résultats significativement supérieurs au niveau des échelles de personnalité et dans les mesures cliniques de la dépression. Soixante-dix neuf pour cent des patients qui ont suivi la thérapie cognitive ont montré une amélioration ou une rémission complète, comparativement à 23 % des patients qui ont reçu une pharmacothérapie. Ces différences se maintiennent à la postcure de 3 et 6 mois. Cette étude a aussi démontré que la thérapie cognitive peut être efficacement appliquée par des thérapeutes non expérimentés, après un entraîne-

ment relativement court. La supériorité reconnue de la thérapie cognitive de Beck est particulièrement intéressante puisque la pharmacothérapie représente une méthode de traitement importante. Cependant, Becker et Schuckit (1978) déclarent que la médication utilisée dans l'étude était peut-être inadéquate quant au choix ou au dosage du médicament.

La méthode cognitive de Beck a aussi été comparée à une approche behaviorale dans le traitement de la dépression (Shaw, 1977). Les résultats démontrent que la méthode de la restructuration cognitive produit, de façon significative, une plus grande diminution de la dépression que le traitement behavioral ou qu'un groupe sans traitement, selon des échelles de personnalité et des échelles cliniques. Ces résultats doivent être interprétés avec précaution à cause de la période de postcure qui n'a duré qu'un mois.

Même si certains résultats sont encourageants, il est impossible d'en arriver à une conclusion sans équivoque au sujet de l'efficacité de la thérapie cognitive de Beck, à la présente étape de l'évaluation. De même, l'application de la thérapie cognitive de Beck à d'autres troubles que la dépression demeure sans réponse.

L'entraînement à l'auto-éducation de Meinchenbaum

Une autre forme de restructuration cognitive est l'entraînement à l'auto-éducation (Self-instructional training ou SIT), une méthode développée par Meinchenbaum (1973, 1977). À partir du fait que le comportement précoce de l'enfant est d'abord réglementé par les enseignements ou les préceptes d'autres personnes, Meinchenbaum suppose qu'il peut acquérir un contrôle sur son propre comportement par l'utilisation d'instructions verbalisées à lui-même et plus tard internalisées. L'entraînement à l'auto-éducation comprend les étapes suivantes :

a) Le sujet s'entraîne à être conscient de ses pensées inappropriées et à les reconnaître.
b) Le thérapeute fait du *modeling* et verbalise en même temps des stratégies d'action efficace.
c) Le client répète le comportement modelé par le thérapeute en se verbalisant à lui-même les instructions et, plus tard, sans les verbaliser.

Recherche sur l'efficacité

Rachman et Wilson (1980) présentent un tableau synthétisant 34 études sur l'efficacité de l'auto-éducation. Ce tableau présente une plus grande variété de problèmes que les précédentes études sur la thérapie émotivo-rationnelle ou la thérapie cognitive de Beck. La qualité méthodologique de ces études est par contre très variable. En général, la recherche sur l'auto-éducation ressemble à celle sur la thérapie émotivo-rationnelle en ce sens qu'on ne retrouve pas d'évaluations à long terme, limitant ainsi la signification clinique de ces découvertes.

Tenant compte de ces limitations, le modèle global des résultats des 34 études présentées par Rachman et Wilson est encourageant. La majorité de ces études portent sur le traitement des enfants impulsifs et hyperactifs, des problèmes d'affirmation chez les adultes, de l'obésité, de la peur des animaux, de l'agoraphobie, de schizophrènes hospitalisés, de délinquants et de troubles d'apprentissage chez les enfants. L'entraînement à l'auto-éducation a été comparé dans différentes conditions contrôles et avec différents traitements incluant la désensibilisation systématique (Weissberg, 1977), la répétition behaviorale (Carmody, 1978), l'EMG feedback (Holroyd et al., 1977) et le conditionnement opérant (Robin et al., 1975).

L'échec fréquent dans la généralisation des comportements en dehors du cadre thérapeutique et le maintien de l'amélioration avec les thérapies behaviorales ont reçu beaucoup d'attention, tant sur le plan théorique que sur le plan empirique (Bandura, 1977; Franks et Wilson, 1978; Stokes et Baer, 1977). Beaucoup de chercheurs croient que l'utilisation de techniques comme la thérapie émotivo-rationnelle et l'entraînement à l'auto-éducation peut aider à une meilleure généralisation que la modification des modèles spécifiques de comportement.

Plusieurs des études résumées par Rachman et Wilson contiennent des données positives sur la généralisation. Cependant, d'autres considérations font que ces recherches paraissent moins positives qu'elles ne le paraissaient au tout début. Par exemple, dans les études de Kendall et Finch (1978), ou dans celles de Meinchenbaum (1971), la généralisation des effets dus au traitement ne peut pas être attribuée à l'entraînement à l'auto-éducation en soi parce que d'autres techniques de traitement ont été également utilisées en plus de la thérapie cognitive. On peut donc croire que le champ de la thérapie cognitive est un domaine prometteur, autant au point de vue

de la recherche qu'au point de vue clinique. Cependant, il est prématuré de livrer des conclusions définitives si on tient compte des résultats obtenus au moyen des données actuelles.

La thérapie rogérienne

L'Américain Carl Rogers, auteur de l'approche non interventionniste par « écoute active » est assurément le meilleur exemple de la philosophie humaniste en psychologie. S'inspirant d'une conception de l'homme proche de celle de Rousseau, c'est-à-dire que l'homme est foncièrement équilibré et que c'est l'environnement social qui complique sa situation, le thérapeute rogérien s'appuie sur les ressources internes de son client. Par un counselling efficace, mais le moins directif possible, l'animateur rogérien permet au patient d'acquérir une compréhension telle de lui-même qu'il est capable de réaliser désormais les étapes positives qui l'amèneront à sa guérison (Arseneau et al., 1983). Deux traits distinguent Rogers; premièrement, en raison de sa formation universitaire, il se préoccupe davantage de la méthode scientifique, Deuxièrnement, étant américain, il est moins influencé par Freud et la psychanalyse.

a) La thérapie et le thérapeute.

Rogers insiste sur la valeur positive de la sincérité du thérapeute. Le thérapeute doit se montrer « tel qu'il est » et en même temps éprouver ce que le patient éprouve (empathie). Il doit accepter le client et en même temps manifester ce que Rogers appelle « une sollicitude positive inconditionnelle ». Le thérapeute rogérien n'est pas un écran sur qui le client projette ses fantasmes et ses conflits. L'important n'est pas d'explorer l'inconscient, mais de travailler sur ce qui est immédiatement disponible au niveau de la conscience. Le thérapeute reproduit ce que le client vient d'exprimer en reformulant ses paroles, de telle sorte que celles-ci se retrouvent retransmises sans être déformées par la névrose, mais en se chargeant de l'estime positive du thérapeute (Kovel, 1978). Donc, le thérapeute est plutôt un miroir qui transmet une atmosphère chaleureuse, amenant la personne à parler d'elle-même et de ce qu'elle ressent. Le thérapeute cherche à se mettre à sa place et à lui communiquer sa compréhension en évitant de porter des jugements de valeur. C'est ainsi que la personne apprend à mieux se connaître et à s'accepter.

b) Types de problèmes.

Rogers voit la thérapie comme un processus éducatif et de socialisation, d'où l'influence considérable de cette approche en

counselling, en travail social et en éducation. Cette thérapie sert à traiter un vaste éventail de problèmes, mais surtout les périodes de stress, quand l'environnement ne submerge pas l'individu et lorsque la personne est aux prises avec des sentiments défaitistes, d'infériorité ou d'insécurité. Cette thérapie trouve ses limites lorsque les problèmes d'environnement sont graves comme des problèmes familiaux ou sociaux. Dans de tels cas, le thérapeute risque de se fixer trop sur le client et de négliger la situation en dehors de la thérapie (Kovel, 1978).

Recherche sur l'efficacité

a) Les premiers travaux.

Le développement de la psychothérapie rogérienne est un des plus significatifs de la psychologie moderne. Dès 1957, Rogers essaie de définir objectivement les conditions nécessaires et suffisantes du changement thérapeutique. Ces conditions, selon lui, étaient présentes dans toutes les formes efficaces de psychothérapie et concernent principalement l'attitude et le comportement du thérapeute. Si le thérapeute ne se montre pas chaleureux, empathique et authentique, Rogers affirme qu'un changement positif de la personnalité ne peut pas avoir lieu. De plus, Rogers soutient que la technique de traitement, quelle qu'elle soit, n'est pas une condition essentielle au processus thérapeutique. Dans la première étude effectuée sur les résultats de la thérapie rogérienne (Rogers et Dymond, 1954), les auteurs considèrent avoir obtenu des résultats positifs. Mais l'absence d'un groupe contrôle approprié et d'autres faiblesses méthodologiques font dire à d'autres auteurs que les résultats sont peu concluants (Rachman et Wilson, 1980).

En 1967, Rogers et ses collègues produisent un rapport sur le traitement rogérien appliqué à 16 malades schizophrènes. Malgré les nombreuses mesures et analyses effectuées, il ne peuvent confirmer aucune de leurs prédictions: les patients traités ne présentent aucune amélioration par rapport au groupe témoin non traité et les patients soumis à une haute dose des conditions thérapeutiques ne font pas mieux que les patients soumis à une faible dose. Le résultat décevant de cette étude peut être imputable au choix des malades schizophrènes, qui sont des sujets particulièrement difficiles pour ce type de traitement. D'autres études ont également été menées à cette période par Truax et Carkhuff (1967) sur la méthodologie nécessaire pour mesurer les

conditions requises du thérapeute, par Shapiro (1969) sur les difficultés rencontrées dans l'évaluation de la thérapie rogérienne et par Muehlberg et al. (1969), Collingwood et al. (1970) et Chinsky et Rappaport (1970), sur les ambiguïtés méthodologiques.

b) Les travaux récents.

La déception grandissante face à la psychothérapie rogérienne se manifeste dans quatre études publiées récemment par des chercheurs qui s'étaient tous déclarés précédemment optimistes quant aux promesses qu'apportait cette forme de thérapie.

a) Mitchell et al. (1977) essaient de sauver l'approche malgré l'accumulation de preuves négatives; ils concluent que les résultats obtenus récemment, bien qu'ambigus, semblent indiquer qu'il existe d'une certaine manière un lien entre l'empathie, la chaleur humaine, l'authenticité et la transformation du client, mais que la puissance et la capacité de généralisation de ces trois facteurs ne sont pas aussi élevées qu'on le pensait auparavant.

b) Gomez-Schwartz, Hadley et Strupp (1978) concluent que les affirmations initiales selon lesquelles de solides données empiriques tendaient à prouver la relation entre les conditions thérapeutiques facilitantes et les résultats de la thérapie sont contestées par des découvertes récentes.

c) Bergin (1975), ancien partisan de cette approche, reconnaît que ces dernières années un certain nombre d'études ont fini par faire douter de la puissance de ces variables, sauf dans des conditions très précises axées sur le client.

d) Enfin, Lambert, de Julio et Stein (1978) concluent que malgré plus de 20 ans de recherches et quelques améliorations apportées à la méthodologie, on a trouvé seulement une faible corrélation entre les conditions dites facilitantes et le résultat de la thérapie rogérienne.

La limite la plus importante qui ressort de tous ces travaux est peut-être la tendance à attacher trop d'importance aux conditions thérapeutiques et, par conséquent, à un souci insuffisant quant aux variables de la technique thérapeutique, quant à la nature des difficultés psychologiques éprouvées par le patient et, bien entendu, quant à la combinaison et à l'interaction de ces deux facteurs.

Les travaux sur la thérapie rogérienne ont eu le grand mérite de frayer un chemin vers une meilleure compréhension de la manière

dont un thérapeute peut favoriser le processus de traitement, mais en négligeant la technique de traitement et les problèmes psychologiques, Rogers risque de freiner plutôt que de faciliter notre compréhension de l'apport que peuvent présenter les conditions thérapeutiques (Rachman et Wilson, 1980). Même Truax et Mitchell (1971), qui considèrent que la personnalité du thérapeute est plus importante que les techniques thérapeutiques, acceptent le fait que des techniques adaptées à certaines catégories de patients et à certains buts thérapeutiques peuvent devenir très efficaces dans les mains d'un thérapeute offrant des niveaux très élevés d'empathie, de chaleur, d'authenticité, de façon puissante et immédiate, tout en abordant le client d'une façon constructive. Il faudrait donc essayer d'analyser les conditions thérapeutiques dans l'optique de la technique appropriée au problème posé. Cependant, il ne faudrait pas oublier que des positions divergentes comme celles de Truax et Mitchell (1971) et Rachman et Wilson (1980), même quand elles semblent converger sur certains points, ont à la base de leur idéologie des priorités différentes. Truax et Mitchell mettent l'accent sur le thérapeute en tant que personne tandis que Rachman et Wilson conçoivent son rôle dans une optique d'investigation.

Thérapie familiale et thérapie de couple

Les vicissitudes des processus de revue sont peut-être le plus évidentes quand on considère la littérature sur la thérapie de couple et de famille. Dans leur revue des traitements psychosociaux pour la schizophrénie, Mosher et Keith (1980) rapportent seulement trois études sur la thérapie familiale pour les schizophrènes. De leur côté, Gurman et Kniskern (1978) ont revu presque 200 études sur la thérapie de famille et de couple parmi lesquelles 13 ont été conduites avec des patients hospitalisés dont la plupart étaient des schizophrènes. Un processus de sélection avec de meilleures explications doit donc prendre place dans toutes les revues et, de façon évidente, les conclusions doivent être au moins partiellement une fonction des expériences qui sont incluses. À cet effet, Gurman et Kniskern (1978) font remarquer que le champ de la thérapie de couple et de famille ne s'est développé que récemment puisque 8 des 9 revues scientifiques sur le sujet ont été mises sur le marché depuis 1973. La plupart des États américains n'ont pas encore de corporations professionnelles pour les thérapeutes de couple et de famille et aucun ensemble unifié de procédures d'entraînement n'existe encore. Il n'y a donc aucune théorie générale acceptée pour guider la pratique. Bien que ces auteurs aient relevé 200 études, dont quelques-unes n'ont pas été publiées, la plupart de ces investigations sont non contrôlées et la grande majorité représentent des évaluations globales par le thérapeute sur ce qui survient aux malades qui suivent une thérapie de couple ou de famille. Dans un effort pour développer une analyse rigoureuse pour les études qui étaient recensées, ces auteurs ont dressé une liste de critères pour estimer la justesse des recherches rapportées. À chaque élément sur la liste, ils assignèrent un poids numérique. Par exemple, les mesures de contrôle face au traitement valaient 5 points. Les mesures de l'efficacité avant et après le traitement valaient également 5 points. Le manque de contamination des variables indépendantes principales (l'utilisation de thérapeutes, de même que leur expérience dans les différents traitements, par exemple), valait enfin 5 points. Une série complète d'autres critères valait 1 point. Ceux-ci incluaient l'analyse statistique appropriée, une postcure de 3 mois ou plus, l'utilisation de plusieurs mesures d'efficacité et le fait d'avoir un

thérapeute et un investigateur qui étaient deux personnes différentes. En se basant sur le total des scores, on donna à chaque expérience une cote qui variait de pauvre à très bonne.

Gurman et Kniskern ont commencé leur analyse avec un résumé des 118 études les moins contrôlées dans lesquelles un estimé était fait sur le taux d'amélioration. Au total, les différents types de thérapie conjugale non comportementale produisaient des taux d'amélioration de 61 % à 65 %, ce qui est comparable à ceux qui sont produits par la thérapie individuelle. Ces estimations grossières doivent être considérées en fonction d'un certain nombre de facteurs. Premièrement, la plupart des recherches sont non contrôlées. Deuxièmement, les études de famille utilisent la plupart du temps des thérapeutes inexpérimentés dans un cadre de clinique externe. Troisièmement, les types de problèmes pour lesquels les familles recherchent de l'aide ne sont pas toujours ceux pour lesquels des diagnostics traditionnels, comme la schizophrénie et la dépression, sont disponibles. Quatrièmement, les thérapies familiales et de couple sont en général très brèves et durent habituellement entre une et vingt séances. Enfin, cinquièmement, la recherche sur la thérapie de couple et de famille pose des problèmes spéciaux qui sont reliés à ce qui est mesuré comme une évidence de l'efficacité de la thérapie (APA, 1982).

Les mêmes auteurs rapportent également les études qui contiennent des groupes de comparaison et des groupes contrôles. Parmi 44 études comparatives, 31 ont été démontrées comme étant supérieures en comparaison avec la thérapie individuelle, l'entraînement à la communication ou le counselling verbal ; dans 11 études, les résultats étaient identiques et dans 2 études, l'autre méthode était supérieure. Parmi les 21 études sur la thérapie familiale comparée à la thérapie individuelle, au counselling, à la thérapie centrée sur le client, au traitement éclectique ou au traitement hospitalier, chaque étude a démontré que la thérapie familiale était égale ou supérieure aux autres types de traitement. Parmi les 30 comparaisons de la thérapie de couple et de famille non comportementale avec la thérapie individuelle ou de groupe, dans 22 études, le traitement de couple ou de famille est supérieur, alors qu'on ne retrouve pas de différence dans 8 autres études. Les auteurs font l'énoncé que « lorsqu'un membre d'un système familial ou qu'une relation perturbée à l'intérieur de la famille se présente pour un traitement avec des problèmes qui incluent le fait de vivre en famille, alors la

thérapie de couple ou de famille représente une stratégie de traitement général plus efficace que ne le fait la thérapie individuelle ».

En plus des études comparatives de la thérapie de couple et de la thérapie familiale, il existe quinze investigations récentes dans lesquelles des thérapies de couple non comportementales ont été comparées avec des groupes non traités et seize études dans lesquelles les thérapies familiales ont été comparées avec des groupes contrôles non traités. On doit garder à l'esprit que toutes ces comparaisons ont été faites sur de courtes périodes de temps. Pour illustrer ce point, le nombre moyen de séances thérapeutiques était de neuf. De plus, dans la plupart de ces études, il n'y avait pas d'évaluation à la postcure. L'évaluation de Gurman et Kniskern a indiqué que dix études démontraient la supériorité de la thérapie conjugale sur les groupes contrôles, quatre ne montraient pas de différence et une démontrait que le groupe contrôle était supérieur à la thérapie de couple faite en groupe. Huit des seize études sur la thérapie familiale ont rapporté que les patients exposés à la thérapie familiale faisaient mieux sur les divers critères d'efficacité que ne le faisaient les patients contrôles. Sept études ne rapportaient aucune différence et, dans une étude, le groupe contrôle avait de meilleurs succès que le groupe en thérapie familiale.

Les mêmes chercheurs ont également évalué un nombre d'études utilisant des techniques comportementales telles qu'elles sont appliquées dans le counselling de couple. Malheureusement, la plupart de ces études analogues ont été faites dans des universités et ont utilisé de petits nombres d'étudiants comme patients et des postcures peu fréquentes. En fait, selon eux, il n'existe pas encore une seule étude comparative contrôlée de thérapie de couple behaviorale avec des gens chez qui on retrouve des relations très troublées.

Gurman et Kniskern dressent un certain nombre de conclusions générales à partir de leur revue de la documentation sur la thérapie de couple et de famille. Même si actuellement ces techniques sont relativement de nouvelles modalités de traitement et même si elles sont appliquées sur des courtes périodes, les observations suggèrent fortement que la thérapie de couple et de famille soit au moins aussi efficace ou possiblement plus efficace que la thérapie individuelle pour une grande variété de problèmes interpersonnels à l'intérieur de la famille. Cet énoncé est fait en dépit du peu d'entente sur les buts et les techniques parmi les différentes écoles de thérapie familiale.

Thérapie familiale pour les malades schizophrènes

Même s'il est accepté que les médicaments demeurent la modalité de traitement la plus importante pour la schizophrénie, il y a eu aussi un intérêt considérable dans l'utilisation des traitements sociaux et de milieux pour cette maladie. Ces traitements incluent des rencontres de groupes, des communautés thérapeutiques, des maisons de transition, des hôpitaux de jour et des programmes après soins; toutes ces modalités ont été utilisées depuis quelque temps.

En 1970, Meltzoff et Kornreich (1970) ont examiné 25 études de programmes thérapeutiques qui avaient été développés principalement pour traiter des schizophrènes dans des milieux institutionnels au moyen d'approches combinées qui utilisent des médicaments, des programmes sociaux et éducationnels, de même que du personnel multiple plutôt qu'un seul thérapeute. La plupart de ces programmes avaient un but limité, comme par exemple l'amélioration des soins au niveau des unités et la plupart n'avaient aucun critère de contrôle ou de comparaison comme point de référence. En regardant l'efficacité de ces programmes thérapeutiques, Meltzoff et Kornreich ont proclamé que 15 de ces études avaient montré des résultats positifs majeurs, 6 des résultats mineurs et 4 n'avaient montré aucun résultat. Étant donné la complexité des interventions et du manque de contrôle, il est difficile d'en arriver à des conclusions fermes sur ces résultats.

Dans leur revue de recherche portant sur la thérapie familiale pour les schizophrènes, Mosher et Keith (1980) citent seulement trois études contrôlées (Goldstein et al., 1978; Langsley et al., 1968; Rotrock, Wellisch et Schoolar, 1977). Dans chaque étude, la thérapie familiale était donnée pour une courte période de temps (de 5 à 12 visites) et la médication était administrée au besoin selon le jugement des psychiatres. Les patients qui ont été exposés à la thérapie familiale ont été comparés avec d'autres malades schizophrènes qui ont reçu de la thérapie individuelle ou encore un traitement hospitalier. Les résultats ont démontré peu de différence entre les différents groupes.

Plus récemment cependant, certains programmes visant principalement à intervenir avec les familles des malades schizophrènes semblent voués à des résultats prometteurs (Anderson, 1977; Anderson, 1983; Falloon et al. 1978; Goldstein, 1983; Hatfield, 1979; Left, 1979; Mosher et Keith, 1980). Ces méthodes d'intervention familiale sont développées pour de larges sous-groupes de familles de malades schizophrènes qui sont enclins à faire des

rechutes à cause de leur vulnérabilité à un environnement surstimulant. Même si la dynamique familiale est rarement le point central dans ces programmes, les alliances, les liens et les processus de relations familiales changent quand même au cours du traitement. La méthode d'intervention inclut de l'information visant à donner à la famille un guide rationnel pour interagir avec le malade. Les éléments de ce guide visent à neutraliser les facteurs précipitants de rechutes et le découragement face au déficit du comportement du malade. Bien qu'aucune composante ne soit unique, ce modèle psycho-éducationnel, dérivé d'une synthèse de l'expérience clinique et de la recherche interdisciplinaire a démontré sa valeur dans la modification du cours de la maladie schizophrénique. Bien que les données empiriques sur l'efficacité de ces programmes ne soient pas toutes encore disponibles, les impressions préliminaires demeurent encourageantes. Selon Anderson (1983), les familles des malades s'engagent relativement facilement dans le programme et semblent bien y répondre. Des douze familles engagées dans le traitement offert par le docteur Anderson, aucune défection et aucune rechute ne sont survenues chez les enfants malades. La seule famille non parentale a suivi les séances de façon sporadique et le malade a présenté une rechute. Les résultats démontrent que certaines familles peuvent être une ressource importante pour la manipulation à long terme de la schizophrénie si elles reçoivent du soutien et de l'information. Il reste à évaluer si ces résultats peuvent être maintenus ou généralisés à d'autres populations de malades. Cependant, avant de sacrifier des familles de schizophrènes en les séparant du malade, il semble beaucoup plus éthique sinon impératif de tenter de développer cette ressource primaire pour les malades.

La compréhension et le soutien aux familles des schizophrènes augmenteront probablement dans les prochaines années. Les professionnels de la santé mentale semblent apprendre à comprendre et à évaluer le fardeau et la responsabilité de ces familles (Seeman et al., 1983).

La thérapie gestalt

La thérapie gestalt possède une base théorique assez complexe et fermement ancrée dans les traditions de la psychologie et de la psychothérapie moderne. Son nom et son optique fondamentale proviennent de la psychologie gestalt. Tandis que la théorie psychologique traite essentiellement de la perception et de la conscience, la thérapie gestalt concerne plutôt la vie émotionnelle de la personne dans son ensemble (Perls, 1972; Kovel, 1977). À partir de Freud, en passant par Reich, Jung et Rank, jusqu'aux philosophies orientales autant qu'occidentales contemporaines, la gestalt est née et a été façonnée par Frédérick S. Perls. Ses grands axes théoriques sont les suivants: 1) la psychanalyse, qui comprend elle-même le courant freudien et le courant jungien; 2) l'analyse caractérielle de W. Reich; 3) la théorie allemande gestaltiste et organismique sur la perception; et 4) le courant philosophique essentiel (Corbeil et Poupart, 1978).

Dans la thérapie gestalt, l'accent est placé sur les émotions de la personne plutôt que sur la pensée. Le rôle du langage est minimisé afin de favoriser l'expérience non verbale, comme c'est le cas pour toutes les approches existentielles. Ces caractéristiques de base sont les suivantes: (Corbeil et Poupart, 1978).

1. C'est dans le « ici et maintenant » (here and now) que la réalité psychique prend tout son sens.
2. L'organisme est considéré comme un tout et l'événement psychique se déroule de façon multidimensionnelle aux niveaux sensori-moteur, affectif, cognitif et imaginaire.
3. C'est le besoin le plus urgent qui est le besoin dominant et qui organise le relief que prend l'univers perceptuel.
4. Il y a une unité organisme-environnement et la vie psychique individuelle se déroule suivant un principe auto-régulateur qui tient automatiquement compte de la réalité extérieure.
5. L'agressivité est une force inhérente au processus biologique d'assimilation de l'organisme vivant dans son environnement.

Selon Perls (1972, 1977), l'idée centrale de la gestalt découle du fait que Freud a privilégié la structure de la conscience au détriment de l'aspect thérapeutique et que la conscience est un processus

dynamique qui tend à construire des ensembles organisés de manière significative (The Gestalten ou Gestalts) entre l'organisme et son environnement. La thérapie gestalt est une approche existentielle, américaine dans le sens positif du terme, positive dans le sens où elle pose l'hypothèse que le fait évident le plus conscient mène à la découverte de la vérité et positive également dans son affirmation selon laquelle la stimulation et la croissance sont les processus clés de l'organisme humain ; l'approche est enfin positive dans la mesure où le patient a la possibilité d'exprimer activement, ouvertement et publiquement tous ses besoins et ses ressentiments (Kovel, 1977).

Le processus thérapeutique, le thérapeute et les techniques

La thérapie est conçue comme une entreprise d'éducation ou de rééducation au cours de laquelle le thérapeute apprend au client à prendre conscience de ses besoins à mesure qu'ils se présentent et à les exprimer afin de parvenir à trouver dans son environnement ce qui peut répondre à ses besoins. Le traitement s'effectue le plus souvent en groupe quoique le phénomène de groupe ne soit pas pris en considération en tant que tel. Il ne fait pas non plus appel à la relation avec le thérapeute pour éclairer le patient sur son propre modèle de relation avec les autres. L'approche de la gestalt consiste à favoriser un travail intense du sujet sur lui-même au cours des séances de thérapie, conçues comme une partie de l'expérience de vie totale à l'intérieur de brèves périodes de temps.

Le rôle du thérapeute consiste à donner le soutien suffisant et nécessaire pour que la personne prenne conscience d'elle-même, pour qu'elle essaie de changer et de croître. Il frustre aussi le client en l'incitant à sortir de ses vieilles routines, pénibles à quitter. La pratique de la gestalt exige davantage les qualités d'un bon technicien qui maîtrise un certain nombre de techniques bien assimilées. Elle suppose la capacité d'être attentif à ce que contient le moment présent vécu avec l'autre, de choisir ce qui est suffisamment difficile pour le stimuler, sans être par ailleurs trop ardu (Corbeil et Poupart, 1978).

En dehors des techniques stéréotypées par lesquelles on connaît souvent la gestalt, telles que la chaise vide (empty chair), la sellette (hot-seat), le coussin, parler au « je », la gestalt fait appel à un certain nombre de techniques parmi lesquelles se trouvent :

a) La dramatisation d'un aspect ou l'autre de l'existence de l'individu ; au lieu de n'être qu'un récit, le problème soulevé est joué.

b) Le jeu de rôle: la personne est invitée à mettre en scène et à incarner les caractéristiques diverses et parfois opposées à elle-même.
c) Quant à l'utilisation des rêves et des fantasmes, pour en assimiler le sens existentiel, l'individu en jouera les principales composantes avec l'aide du thérapeute.
d) L'intensification et la précision de la prise de conscience immédiate.

Les utilisations de la gestalt

La gestalt a surtout été utilisée dans le cas des névroses pour des gens d'intelligence normale et supérieure et de niveau socio-économique moyen et aisé (Corbeil et Poupart, 1978). Cette forme de thérapie est plus éprouvante sur le plan émotionnel que la thérapie rogérienne et, étant donné qu'elle se concentre fortement sur le traitement des résistances au lieu d'offrir au sujet des affirmations, elle ne peut être d'aucun secours comme thérapie de soutien dans le cas des psychoses chroniques (Kovel, 1977). Comme la thérapie gestalt est très éprouvante sur le plan émotionnel, elle peut provoquer chez le sujet un état proche de l'hystérie. Ces conditions réclament donc un thérapeute d'un calibre exceptionnel (Kovel, 1977).

Recherche sur l'efficacité

La théorie gestalt est une théorie bien jeune. Elle a 25 ans d'histoire aux États-Unis et moins de 10 ans au Québec. Elle est non seulement jeune, mais ici comme aux États-Unis, elle a surtout intéressé les professionnels paramédicaux et, à ce titre, elle n'a pas fait encore ses grandes entrées dans les châteaux forts de la psychiatrie. Une des critiques générales souvent adressées à la gestalt ainsi qu'à la plupart des thérapies fondées sur le modèle expérientiel est reflétée dans un article de Hans Strupp (1976) paru dans la revue de l'importante association des psychologues américains. Selon cet auteur, ces théories substituent à l'effort et à l'habileté « la réaction des tripes, la contemplation, le jardin de roses et la sentimentalité béate ». À cette critique s'ajoute le fait de l'absence d'études sur les résultats et l'efficacité de la méthode. Une recherche par ordinateur dans Psychological Abstracts à partir de l'année 1964 corrobore le fait qu'il n'existe pas d'études contrôlées et comparatives sur l'efficacité de la gestalt.

La bioénergétique

Les travaux de l'une des personnalités marquantes de l'histoire de la psychanalyse et de la thérapie, Wilhelm Reich, sont à l'origine de la création de la bioénergétique. Dans les années 30, Reich prit un tournant décisif et s'orienta vers l'étude du fondement biologique et parfois même cosmique des fonctions humaines. À ce stade, il avait été renié par le mouvement psychanalytique à cause de ses orientations politiques, par le parti communiste qui le jugeait trop axé sur la psychologie et par l'Allemagne qui voyait en lui une menace pour le fascisme. Après la mort de Reich en 1957, ses successeurs qui avaient été ses disciples à l'Institut de l'Orgone de Ramgeley, dans le Maine, s'efforçèrent de suivre leurs propres voies. L'organisme s'éloigne cependant considérablement des principes d'origine. La plupart des programmes d'épanouissement personnel, de nos jours, sont délibérément assaisonnés de principes reichiens et les idées de Reich ont été reprises dans d'innombrables thérapies par le massage et le mouvement et dans d'autres approches telles que la danse, le psychodrame, la gestalt, etc. (Kovel, 1977). Un disciple de Reich, le docteur Alexander Lowen, a progressé en remaniant la thérapie reichienne sous l'hypothèse de l'Orgone, fondant ainsi la thérapie bioénergétique (Lowen, 1969). Lowen déclara qu'il avait amélioré la théorie reichienne en accordant à l'aspect thérapeutique une place aussi importante qu'à l'aspect biofonctionnel.

Les thérapies fonctionnelles reposent toutes sur l'hypothèse que notre vie est essentiellement basée sur notre corps. En prêtant attention à la respiration, à la tension musculaire et au schéma de mouvements corporels et grâce à la stimulation de l'expression des émotions ou à la manipulation corporelle directe, les inhibitions émotionnelles peuvent être supprimées. Reich soutenait que le débordement réel des émotions entraînait avec lui les souffrances résiduelles emprisonnées depuis l'enfance. Le but thérapeutique devient donc la libération du flux d'émotivité, l'expression complète et la satisfaction des besoins sexuels (Reich, 1961 ; 1968 ; Kovel, 1977). Lorsque Reich fut convaincu que ces changements peuvent libérer un flux d'énergie physique réel, il donna le nom de ce dernier à son traitement : la thérapie orgonique. Les successeurs, en particulier ceux qui rejetèrent l'hypothèse de l'Orgone, préférèrent donner

au traitement le nom de thérapie bioénergétique. L'idée de base des différentes versions du traitement reichien reste cependant l'affirmation selon laquelle la santé émotionnelle dépend de la fonction de l'organisme qui est la sagesse du corps et de l'instinct. Reich a poussé plus loin que Freud, dans une certaine direction, la théorie de l'instinct en accordant à la sexualité une toute-puissance que Freud était loin de lui donner. La thérapie reichienne, sous sa forme finale, était très éloignée de ses origines psychanalytiques. Le divan était encore utilisé pour favoriser la relaxation et, de temps en temps, Reich avait recours aux notions verbales et aux travaux analytiques. Dans son ensemble, sa thérapie était cependant très différente ; l'imagination, le transfert et la dimension sociale et interpersonnelle passent au second plan. Ce qui compte vraiment c'est de permettre à l'énergie de se mettre en mouvement.

Applications

La bioénergétique, comme les autres psychologies humanistes, peut être appliquée au traitement d'une vaste gamme de névroses qui se manifestent surtout par des sentiments d'inhibition et d'inertie. Parmi toutes les manifestations névrotiques, un groupe est particulièrement propice au traitement biofonctionnel, c'est celui des manifestations sexuelles. Pour un psychologue reichien, le critère absolu de la santé est sans contexte la puissance orgasmique ; par conséquent, les troubles dans ce domaine seront particulièrement traités dans le cadre d'une thérapie reichienne. Il ne faudrait cependant pas en déduire que les problèmes sexuels sont traités de manière isolée et symptomatique. On oublie généralement que Reich n'a jamais considéré la performance en elle-même, qu'il nommait la puissance érective, comme une norme fonctionnelle sûre (Kovel, 1977). Reich ne voyait pas de limite au champ d'application de sa thérapie. Il a appliqué l'orgonomie à des cas très divers allant de la schizophrénie au cancer. En l'absence de toute preuve, le biofonctionnalisme n'est pas recommandé lorsqu'on est en présence de facteurs interpersonnels importants ou lorsqu'une profonde connaissance du sujet par lui-même est nécessaire ou exigée.

Recherche sur l'efficacité

Une recherche bibliographique par ordinateur à partir de l'année 1964 montre qu'il n'existe pas d'études scientifiques valables sur l'efficacité de la bioénergétique.

Le psychodrame

Le créateur du psychodrame, Moreno, est en grande partie responsable de certains nouveaux modes de pensée en psychothérapie, notamment l'accent sur la spontanéité et « l'ici et maintenant » (here and now), la thérapie de groupe et le concept de jeux de rôle. En 1946, Moreno publie le premier volume de psychodrame; le second volume sera édité en 1959. Cependant, c'est à Vienne, au début du siècle, qu'il fonde le théâtre de spontanéité et qu'il découvre la catharsis et le psychodrame. Le concept du jeu de rôle est au coeur du psychodrame. Dans la mesure où nous vivons dans des unités sociales très complexes, nous sommes appelés à jouer différents rôles. Dans la névrose, ces rôles entrent en conflit, et c'est dans ces deux termes, rôle et conflit, que le psychodrame trouve sa base conceptuelle. Moreno innove dans le domaine de la psychothérapie en postulant la recréation des conflits des différents rôles en situation thérapeutique. Cette mise en scène d'une société se rapproche de la gestalt, sauf que dans le psychodrame l'accent est mis sur la recréation des problèmes psychosociaux plutôt que sur les problèmes se présentant à la conscience de l'individu sur le moment. Le psychodrame est une thérapie de groupe en profondeur. Moreno (1975) entend par psychothérapie de groupe une méthode qui traite de façon consciente les relations de plusieurs individus d'un groupe dans un cadre scientifique empirique. Selon Moreno (1975), le but de la psychothérapie de groupe est de favoriser:

1. L'intégration de l'individu face aux forces incontrôlées qui l'entourent.
2. L'intégration au groupe: cette approche par les deux aspects, aussi bien par l'individu que par le groupe, accélère leur intégration réciproque.

La règle fondamentale est celle de l'interaction libre et spontanée entre les patients, entre les patients et les thérapeutes et entre les thérapeutes. Il y a trois sortes d'auxiliaires thérapeutiques: le thérapeute principal, le thérapeute auxiliaire professionnel, le moi auxiliaire et le patient qui sert de thérapeute auxiliaire. Le groupe thérapeutique fonctionne sous deux formes, en tant que famille miniature et en tant que société miniature.

Le processus thérapeutique

La méthode psychodramatique se sert de cinq moyens essentiels: ce sont la scène, les protagonistes, le directeur thérapeutique ou thérapeute, l'équipe de thérapeutes auxiliaires, le moi auxiliaire et le public (Moreno, 1975). Une séance comporte le plus souvent trois phases: 1) la préparation faite de relaxation et de mise en train du groupe qui se « réchauffe », de même que la recherche d'un problème commun et d'un protagoniste convenable; 2) la représentation elle-même et 3) la participation thérapeutique du groupe. Le processus thérapeutique étant assez complexe à développer, il suffirait de dire que, par un système de méthodes très approfondies, le psychodrame permet au thérapeute et au moi auxiliaire de s'introduire dans l'univers du patient et d'essayer de le peupler d'images particulièrement intériorisées. Ces images ont l'avantage de n'être pas totalement des illusions et de ne pas appartenir complètement à la réalité; elles sont mi-imaginaires, mi-réelles (Moreno, 1975).

Applications et recherche

Le psychodrame peut avoir plusieurs utilisations. Il devient une thérapie psychodramatique de groupe (Corsini, 1955) lorsque le public fait partie du drame et que suit une discussion du groupe. Moreno pense aussi que le thérapeute peut gagner beaucoup de temps s'il connaît bien les relations entre les individus de son groupe, au moyen de l'analyse sociométrique de l'ensemble des membres (Durkin, 1973). Cette méthode peut être utilisée pour une thérapie à long terme en organisant une longue série de séances et en traitant des problèmes variés. Le processus peut être employé une fois, plusieurs fois, ou dans un groupe fermé, de nombreuses fois jusqu'à ce que les conflits soient résolus. Il y a plus de cent théâtres de psychodrame dans les hôpitaux psychiatriques, les universités et les institutions psychanalytiques aux États-Unis (Durkin, 1973). Selon Moreno, l'évaluation scientifique dans une culture dominée par la science ne peut prospérer si elle n'essaie pas de répondre aux exigences de la méthode scientifique. Néanmoins, d'après notre recherche bibliographique par ordinateur (PSYCHINFO) à partir de l'année 1967 jusqu'à maintenant, il y a eu 489 articles publiés sur le psychodrame parmi lesquels un seul s'adresse directement à la question d'efficacité. Dans cette étude, le psychodrame est comparé avec un traitement en petit groupe. Les résultats ne montrent pas de différences significatives entre les deux groupes sauf pour la variable activité: les sujets du psychodrame montrèrent davantage d'activités.

Le psychodrame a eu un grand impact partout dans le monde, autant dans l'entraînement des professionnels de la santé que dans le traitement de la maladie mentale elle-même. Cette technique a pu être appliquée chez presque tous les types de patients. Cependant, la plupart des comptes rendus sur ses réussites ou ses échecs sont anecdotiques et il s'avère difficile de trouver des études concluantes qui prouvent ou réfutent son efficacité. Cependant, selon Sadock (1980), l'expérience clinique indique que cette méthode est utile autant chez les patients hospitalisés que chez les patients suivis en externe.

L'analyse transactionnelle

Dans les années 60, l'analyse transactionnelle a fait son apparition avec le succès du livre de Éric Berne « Games people play » (Berne, 1964). Cette psychothérapie répond alors aux besoins du peuple américain car même dans les années 70, un autre grand succès de librairie « I'm o.k., you're o.k. » surpasse le chiffre de dix millions d'exemplaires de livres vendus (Harris, 1969).

Éric Berne, analyste freudien de formation et intéressé par la psychothérapie de groupe, décide de développer une façon concise et claire pour décrire les transactions entre les individus. Les réponses de l'environnement, les sentiments de sécurité, l'estime de soi, l'infériorité et l'analyse du Moi et du matériel conscient se substituent à la sexualité de l'enfant et au matériel inconscient tels que décrits par Freud (Berne, 1977). Une facette du génie de Berne fut son talent pour la vulgarisation en dépouillant son langage des termes se rapportant à des phénomènes mentaux inconscients ou contenant un fort degré d'abstraction. Toute régression mentale, toutes les régressions vers l'inconscient sont orientées vers les catégories « jeux » ou « transactions ».

L'analyse transactionnelle est une thérapie brève, c'est-à-dire dix rencontres au rythme d'une séance par semaine. Les objectifs sont fixés dès la première rencontre et ils doivent être respectés tout au long du processus. L'analyse transactionnelle séduit par le fait qu'elle s'éloigne des vécus extrêmes, réunissant ainsi les individus dans un groupe, avec une forte majorité scindée au milieu de ce groupe. Berne innove en utilisant directement l'analyse transactionnelle en milieu clinique. C'est pourquoi on la nomme « éducationnelle ». C'est une théorie fortement orientée vers la pratique, très près des événements quotidiens et comportant également un entraînement théorique, où « chacun » analyse « chaque chose ».

Recherche sur l'efficacité

Notre recherche par ordinateur (PSYCHINFO) à partir de l'année 1967 jusqu'à maintenant démontre qu'il y a eu 480 études générales au sujet de l'analyse transactionnelle. Seulement trois de ces études parlent de la question d'efficacité et aucune d'elles ne comporte des groupes contrôles. Dusay et Berne (1980) mentionnent comme

preuve de l'efficacité de l'analyse transactionnelle la seule étude comparative faite par McCormich (1973). Pour comparer les méthodes de l'analyse transactionnelle et celles de la modification du comportement, cet auteur mena une recherche sur une population de 904 garçons âgés de 15 à 17 ans et ayant à leur compte un dossier impressionnant d'arrestations. La réalisation des objectifs des deux traitements devait amener une performance scolaire améliorée et diminuer le taux de récidives. Les deux méthodes donnèrent de bons résultats; cependant, l'analyse transactionnelle a pu réussir à atteindre les mêmes objectifs en moins de temps que les techniques de modification du comportement.

Le cri primal

À la fin des années 60, Arthur Janov commence à développer les concepts et les techniques d'une méthode de psychothérapie qu'il nomme « thérapie primale ». Il l'appelle ainsi parce que cette thérapie utilise la réexpérimentation d'événements traumatisants de l'enfance. Le schéma théorique et, d'une certaine façon, les techniques qu'il utilise sont décrits dans son livre « Le cri primal » (Janov, 1970). Depuis lors, Janov et plusieurs autres professionnels (Edwin et Stuart, 1982) explorent plus avant la thérapie primale, ses théories et ses techniques. Il existe maintenant quelques centaines de thérapeutes aux États-Unis et dans d'autres pays qui pratiquent la thérapie primale ou utilisent plusieurs concepts de cette thérapie dans leur approche psychothérapeutique. La thérapie de Janov met l'accent sur les expériences traumatiques vécues dans l'enfance et restées enfouies dans l'individu. La névrose consiste en une douleur bien gardée, qui renferme toutes les blessures et les peines reçues par l'enfant. La névrose se compose d'abord de tous les efforts symboliques qu'une personne fait pour fuir sa souffrance ainsi que ses défenses et, en deuxième lieu, l'état chronique de tension qui résulte de cette façon d'être. Selon Janov, il faut creuser très loin dans le passé et refaire le casse-tête afin d'offrir un traitement curatif authentique de la névrose. Il croit que les besoins et les désirs de l'enfant sont en cause de façon très secondaire dans le processus névrotique. La névrose commence par quelque chose qui a été fait à l'enfant par ses parents.

Le processus thérapeutique

Le patient reçoit à l'avance une série d'instructions écrites qui définissent les termes de la thérapie. Une des directives indique qu'il faut faire exactement ce que le thérapeute dit; en aucun cas, le moindre tort ne sera fait au patient. On demande alors au patient de demeurer dans un hôtel et de quitter ses occupations régulières pour trois semaines, de s'abstenir de toute drogue ou autre moyen de réduire la tension et de s'abandonner entièrement au traitement pendant cette période. Les séances durent de deux à trois heures chacune jusqu'à ce que le thérapeute décide que le malade ne peut aller plus loin. À chaque séance, le thérapeute essaie d'obtenir du

patient que celui-ci exprime ses sentiments les plus profonds vis-à-vis de ses parents. Toute autre chose lui est interdite, comme des explications, des fantasmes, des attitudes corporelles ou des sentiments envers le thérapeute. Après avoir complété une phase intensive de trois semaines, le patient retourne à la vie normale tout en continuant le traitement durant six mois environ avec des groupes de thérapie primale (Kovel, 1977).

Quant à ses applications, on peut penser que la thérapie primale peut être applicable à toute la gamme des problèmes névrotiques. Elle doit être utilisée par ceux qui désirent se soumettre à une expérience émotionnelle extrême. Cependant, elle n'est pas recommandée pour ceux qui sont émotionnellement fragiles ou qui ont des problèmes requérant des solutions complexes au niveau psychosocial.

Recherche sur l'efficacité

En ce qui concerne la recherche sur l'efficacité de cette technique psychothérapeutique, une recherche par ordinateur montre qu'il n'existe aucune étude sur le sujet.

Discussion

Après une révision de la documentation existante, la discussion portera sur l'efficacité en fonction des techniques utilisées, des professionnels concernés, des problèmes en cause, des groupes socio-économiques, des coûts nécessaires et des effets négatifs.

Efficacité en fonction des techniques utilisées

Les différents modes d'intervention en santé mentale ont tous eu leurs défenseurs et leurs opposants. On assiste d'ailleurs, depuis un certain nombre d'années, à une controverse importante sur l'efficacité de la psychothérapie en général. La querelle a commencé avec l'étude de Eysenck (1952) qui a voulu démontrer qu'à peu près les deux tiers de tous les malades névrotiques qui suivent une psychothérapie s'améliorent de façon substantielle en moins de deux ans, mais qu'une proportion identique de névrotiques qui ne suivent aucune thérapie s'améliorent également pendant la même période. Encore très récemment, l'équipe de Prioleau (1983) rapporte que la psychothérapie est efficace avec les étudiants, mais qu'il n'y a pas d'évidence qu'elle soit plus efficace que le placebo pour les malades psychiatriques.

Est-ce qu'une sorte de psychothérapie est supérieure à une autre pour produire des résultats positifs? Telle est la question importante qu'il faut se poser. En d'autres mots, est-ce que des praticiens qui adhèrent à différentes croyances et différentes pratiques produisent des résultats différents? À ce sujet, la première et la plus importante étude est celle de la Fondation Menninger (Kernberg et al., 1972) qui a duré 18 ans. L'objectif de ce projet était d'évaluer la relation entre des changements de personnalité et les variables situationnelles et thérapeutiques. Les malades étaient vus en psychanalyse ou en psychothérapie d'orientation analytique par des thérapeutes d'expérience. Les sujets en psychanalyse étaient vus pour une moyenne de 835 heures et ceux traités par la psychothérapie pour une moyenne de 289 heures. L'amélioration dans l'ajustement à la vie a semblé apparaître sur plusieurs indicateurs concrets comme le fonctionnement au travail et le fonctionnement social. La majorité des patients se sont améliorés même s'il n'y a pas eu de différence dans l'amélioration entre ceux qui étaient en psychanaly-

se et ceux qui suivaient une psychothérapie d'orientation analytique. Plus tard, Smith et Glas (1977), ont recensé toutes les recherches comparant les diverses formes de psychothérapies, en tenant compte des facteurs méthodologiques qui auraient pu influencer les résultats. Lorsque c'était nécessaire, ces chercheurs ont communiqué avec les auteurs des diverses recherches pour obtenir toute l'information nécessaire sur un grand nombre de variables méthodologiques. Après leur évaluation, ils concluent que « Malgré les volumes consacrés aux différences théoriques entre les diverses écoles de psychothérapies, les résultats de la recherche ne démontrent que des différences négligeables quant aux effets produits par différents types de thérapie. Il est injustifiable que l'on proclame la supériorité d'un type de thérapie sur un autre ». En 1970, Meltzoff et Kornreich ont de leur côté évalué 38 études. Leurs conclusions sont les suivantes: « Il existe peu d'évidence qu'une école traditionnelle de psychothérapie conduise à de meilleurs résultats qu'une autre. En fait, la question n'a pas été évaluée de façon juste. Le débat demeure au niveau de la polémique, des professionnels et de l'opinion publique et jusqu'à ce qu'on puisse apporter une preuve d'autorité, il n'existe aucune évidence qu'une méthode traditionnelle donne de plus grands succès qu'une autre. » Roback (1971), dans une courte revue qui considérait les résultats des psychothérapies avec et sans *insight*, conclut qu'il n'existe aucune différence significative quant aux résultats entre la thérapie comportementale et la thérapie par *insight*. Lambert et Bergin (1973) de même que Bergin et Suinn (1975) ont comparé l'évidence des résultats des approches comportementales et humanistes et concluent, comme les autres, qu'aucune technique n'était supérieure à l'autre, mais que les techniques comportementales semblaient avoir certains avantages avec certains problèmes précis. « Tout le monde a gagné et tous doivent avoir des prix », rapportent Luborsky, Singer et Luborsky (1975). Ces auteurs ont publié une revue détaillée de plus de 100 études comparatives et ont présenté des données sur des comparaisons entre des thérapies limitées et non limitées dans le temps, entre les médicaments et la psychothérapie, entre la thérapie centrée sur le client et d'autres psychothérapies et entre la thérapie comportementale et d'autres psychothérapies. Les conclusions de cette équipe sont similaire à celles qui ont été déjà mentionnées; « La plupart des études comparatives des différentes formes de psychothérapies ne montrent pas de différences significatives dans la proportion de malades qui s'améliorent à la fin de la thérapie ». Enfin, Goldstein et Stein (1976) ont été les seuls à s'attaquer à la comparaison des

traitements pour la névrose obsessionnelle. Dans leurs conclusions, ils citent que des traitements comme l'intention paradoxale, la désensibilisation et l'immersion, qui mettent principalement l'accent sur l'élimination des sources de motivation qui maintiennent les rituels compulsifs d'un individu et qui procurent des occasions pour s'engager dans des comportements alternatifs non compulsifs, sont d'une valeur thérapeutique avec des malades souffrant de névrose obsessionnelle. Le travail de Goldstein et Stein montre la tendance des chercheurs dans la direction de la spécificité (Qu'est-ce qui fonctionne et avec qui?), de même qu'une sensibilisation croissante à obtenir des résultats par la recherche empirique qui peuvent être utiles pour les cliniciens. Cependant, leur effort démontre que tout cela est encore beaucoup plus un espoir qu'une réalité.

Que devons-nous conclure de toutes ces données? La plus grande partie du débat sur la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie est polémique. Les sceptiques et les critiques de la psychothérapie présentent des données qui démontrent que la psychothérapie ne fonctionne pas, alors que les croyants et les avocats de la psychothérapie recherchent désespérément des failles méthodologiques pour prouver que celle-ci donne des résultats. Il est temps de mettre fin à ce débat dans sa forme présente (Eagle, 1983). Une recherche clinique de haute qualité coûte énormément d'argent et prend beaucoup de temps, mais de telles recherches sont nécessaires avant d'arriver à des conclusions définitives concernant l'efficacité de la psychothérapie. Les cliniciens doivent être sensibles à ce problème. Les chercheurs qui révisent les études sur ce problème ont quand même la responsabilité d'utiliser la sagesse et la prudence et d'éviter d'arriver à des conclusions sensationnelles (Garfield, 1983). Il faut quand même se rappeler que les gens qui recherchent une thérapie essaient de sauver leur propre vie, d'arrêter leur défaite continuelle autant en amour qu'au travail et de fonctionner adéquatement. Au total, il semble que toutes les psychothérapies verbales fonctionnent. Les techniques de thérapie comportementale fonctionnent pour certaines variétés de névroses et les thérapies dynamiques agissent également pour les mêmes problèmes. Quant aux effets non spécifiques qui sont bien souvent représentés par un traitement placebo, il faut quand même se souvenir qu'un traitement placebo est sûrement préférable à un non-traitement (Andrews, 1983).

Enfin, dans un excellent article, Lesser (1979) précise quatre conclusions principales à ce sujet :

1. La psychothérapie est assurément plus efficace que le placebo. La question est de savoir combien plus efficace elle est.
2. La documentation existante n'appuie pas la conclusion que des traitements à long terme soient plus efficaces que les traitements à court terme.
3. Aucune donnée claire n'a émergé pour montrer de façon concluante la supériorité d'une modalité de psychothérapie sur une autre avec l'exception possible de la thérapie comportementale dans le traitement de certains états phobiques particuliers.
4. Pour diverses raisons méthodologiques ou autres, les études sur l'efficacité ne procurent pas de données solides pour démontrer l'efficacité des psychothérapies. Jusqu'à maintenant, les recherches conduites avec une rigueur méthodologique maximale sont disséminées et très peu nombreuses.

Efficacité en fonction des professionnels concernés

Il appert des nombreuses études effectuées que c'est d'abord l'intérêt pour autrui qui constitue le plus important facteur de succès thérapeutique et il ressort également que le thérapeute connaît ses meilleurs succès thérapeutiques avec les patients qui l'intéressent et avec qui il s'engage au plus haut point (Laurin, 1974). Avec la venue de la thérapie comportementale, des auteurs ont soulevé la possibilité d'entraîner du personnel non professionnel comme thérapeutes auxiliaires (Lamontagne, 1984). Il faut se rappeler ici qu'il s'agit de traiter des malades et non pas de donner des thérapies à des gens en santé ou normaux afin qu'ils atteignent un meilleur état psychologique. Tout le monde veut être conseiller, mais il n'y a simplement pas assez d'argent dans le système de santé pour rembourser chaque pseudo-thérapeute qui offre la santé mentale et le bonheur (Brodie, 1983). Dans leur étude, Karon et Vandenbos (1975) rapportent qu'une thérapie qui est administrée par des thérapeutes bien entraînés est plus efficace, même si elle est plus dispendieuse, qu'une thérapie administrée par des thérapeutes moins entraînés. Au total, il résulte quand même une réduction des coûts puisque les hospitalisations sont plus courtes et qu'il y a également une diminution dans les autres types de services qui sont nécessaires.

Il n'existe malheureusement aucune étude qui compare l'efficacité de divers professionnels de la santé qui administrent le même type de thérapie aux patients. Seul Yates (1978) rapporte une étude

où il compare l'efficacité des paraprofessionnels, des psychiatres et des psychologues dans le traitement de patients obèses. La thérapie faite par les paraprofessionnels a coûté dix fois moins cher que celle qui a été administrée par les psychologues et les psychiatres et elle est apparue également efficace. L'efficacité fut mesurée en termes de nombre de livres perdues. Malheureusement, l'étude de Yates a utilisé un protocole quasi expérimental dans lequel les sujets choisissaient leur propre thérapie et il est fort probable que ceux qui ont choisi le traitement fait par les paraprofessionnels croyaient qu'ils avaient besoin de moins d'aide pour perdre du poids et étaient peut-être ceux qui étaient les plus motivés.

Même si l'étude n'est pas comparative, l'équipe de Marks (Bird, Marks et Lindley, 1979; Marks, Waters et Lindley, 1983) a évalué l'efficacité des infirmières psychiatriques dans le traitement d'adultes névrotiques avec des problèmes de comportement. Cette recherche porte sur une façon productive d'utiliser des ressources en plaçant des infirmières thérapeutes dans les soins de première ligne. Les auteurs concluent que les infirmières qui administraient la thérapie comportementale dans les soins de première ligne étaient efficaces comme cliniciens avec des patients névrotiques, surtout des malades phobiques. Au cours de la première année, les patients traités par les infirmières ont réduit leur utilisation des ressources, alors que les sujets non traités ont augmenté leur utilisation des ressources surtout due au nombre plus grand d'absences du travail, des traitements hospitaliers et de la prise de médicaments. Marks conclut qu'il peut être moins dispendieux pour la communauté d'avoir des infirmières thérapeutes pour traiter certains types de malades.

L'autothérapie, avec ou sans consultation d'un professionnel, a également commencé à recevoir une certaine attention (Glasgow et Rosen, 1978). Certaines études ont mis l'accent sur des dysfonctions qui sont non traitées par la psychothérapie professionnelle, mais il y a également certains exemples concernant la dépression, l'anxiété, les phobies et les dysfonctions sexuelles. De telles thérapies incluent l'utilisation d'un livre ou d'un manuel pour diriger l'individu et lui apprendre des théories phénoménologiques et d'apprentissage. Certaines études de cas de thérapies faites par des manuels ont amené des résultats qui indiquent que des effets positifs peuvent être obtenus à peu de frais avec ces thérapies (Williams et Long, 1979), mais aucune évaluation scientifique de l'efficacité de ces techniques n'a été faite et l'efficacité en fonction des coûts de ces procédures n'a pas été évaluée.

En conclusion, selon Frank (1979), les qualités personnelles du thérapeute et du patient et leur interaction peuvent être plus importantes que la méthode thérapeutique en elle-même. Parce que ces facteurs varient tellement et qu'ils sont difficilement contrôlables, il devient plus difficile de détecter ces effets dans les études sur les psychothérapies. Frank croit qu'il faut davantage de recherches pour évaluer plus clairement ces composantes des traitements thérapeutiques.

Efficacité en fonction des problèmes en cause

Plusieurs thérapeutes et chercheurs disent qu'il est inutile de parler des psychothérapies appliquées indistinctement à toutes sortes de troubles et dont l'efficacité est mesurée de plusieurs façons différentes. Les résultats des recherches ne veulent rien dire puisque les méthodes de mesure sont trop hétéroclites et que la question posée est trop générale et ambiguë. La seule question que l'on devrait se poser, disent-ils avec raison, c'est: Est-ce que tel type de thérapie adaptée à une pathologie particulière est plus efficace que telle autre méthode face à la même pathologie? (Arseneau et al., 1983). Parloff (1982) du National Institute of Mental Health est de cet avis. Selon lui, l'évidence ne répond pas à la question « Quelles sortes de psychothérapies sont les plus efficaces pour telles sortes de problèmes? »

Selon Parloff, près de 500 études contrôlées ont démontré, avec presque toutes la même régularité monotone, que toute forme de traitements psychologiques, qu'ils soient psychodynamique, comportemental ou cognitif, est efficace de façon comparable pour produire des bienfaits thérapeutiques avec des désordres particuliers. De plus, de tels bienfaits sont supérieurs à ceux qu'on a trouvés dans des groupes comparables de patients qui participaient à des groupes sans traitement ou à d'autres conditions de contrôle. Les désordres qui répondent à la psychothérapie incluent habituellement les dépressions névrotiques chez des malades ambulatoires, des anxiétés légères et modérées, les peurs et les phobies, les compulsions, les dysfonctions sexuelles, les réactions aux crises de la vie comme à l'adolescence, au milieu de la vie ou chez les personnes âgées, de même que les problèmes de la vie quotidienne comme des ajustements vocationnels et conjugaux. Ces constatations ont suggéré à plusieurs investigateurs qu'en dépit des différences dans les thérapies sur lesquelles les interventions psychologiques sont élaborées, les éléments actifs des thérapies psychologiques peuvent être com-

munes pour tous les traitements. D'autres croient que certaines thérapies sont uniquement efficaces avec des groupes particuliers de malades. Beaucoup moins d'attention a cependant été donnée au fait que, dans les dernières années, le rôle de la psychothérapie comme traitement primaire pour les malades chroniques et fortement troublés a changé. Avec de rares exceptions, les traitements psychologiques ne sont plus offerts comme une modalité exclusive dans le traitement de la schizophrénie, de l'autisme, de la psychose maniaco-dépressive, des comportements anti-sociaux, de l'alcoolisme, de l'abus des drogues, de même que dans des troubles d'apprentissage sévères. Pour de tels désordres, les thérapies psychologiques sont la plupart du temps administrées en combinaison avec des interventions pharmacologiques et environnementales et servent surtout à faciliter l'approche, le soutien et la réhabilitation des patients. Le but de la psychothérapie n'est plus uniquement le traitement et l'amélioration des symptômes mais aussi une facilitation de l'ajustement du malade et de son maintien dans la communauté.

Dans la littérature sur le sujet, nous n'avons trouvé qu'un seul article qui évalue l'efficacité selon les catégories diagnostiques. En effet, Epstein et Vlok (1981) ont été les seuls à évaluer l'efficacité en fonction des problèmes en cause. Leurs conclusions ont été les suivantes :

1. Schizophrénie : En résumant des travaux rapportés sur la schizophrénie, il leur semble que la psychothérapie avec les patients schizophrènes est efficace lorsqu'elle complète d'autres thérapies comme les médicaments et quand elle s'adresse à des facteurs spécifiques de la réalité qui sont reliés à la vie quotidienne du patient plutôt qu'à des thèmes psychologiques plus généraux. Utilisée de cette façon chez des patients traités en externe, la psychothérapie peut contribuer de façon significative à diminuer le taux de rechute.
2. Dépression : Selon ces auteurs, chez les patients qui souffrent de dépression, la combinaison de la psychothérapie avec les antidépresseurs est plus efficace que l'un ou l'autre traitement seul. La psychothérapie s'est montrée particulièrement bénéfique pour les malades qui ont des problèmes d'ajustement social et de relations interpersonnelles.
3. Les névroses : Les psychothérapies semblent particulièrement utiles dans les états d'anxiété avec des peurs et des phobies et dans certaines dépressions névrotiques. Certaines études sem-

blent préférer les techniques de thérapie comportementale plutôt que d'autres types de psychothérapies pour ce genre de problème. Ainsi, un rapport du National Institute of Mental Health résumant la pensée de 22 des principaux chercheurs dans ce domaine affirme que les traitements par exposition sont généralement les plus efficaces dans les cas de problèmes d'anxiété (Barlow et Wolfe, 1981). D'après les résultats obtenus dans plusieurs recherches, l'exposition in vivo et progressive aux situations anxiogènes permet d'obtenir des résultats cliniquement significatifs dans 60 à 70 % des cas d'agoraphobie, alors que ce problème était auparavant considéré comme pratiquement insoluble (Jansson et Ost, 1982). De plus, il apparaît que, dans le cas des phobies cliniques, ce traitement donne de meilleurs résultats ou, tout au moins, des résultats équivalents à l'utilisation de médicaments sans entraîner les effets secondaires négatifs (Emmelkamp, 1979; Sartory, 1983). La même méthode d'exposition aux situations anxiogènes, associée à une méthode de prévention de la réponse, permet de traiter efficacement les comportements obsessifs-compulsifs, un autre problème considéré auparavant comme étant presque insoluble (Rachman, 1982). Le taux d'efficacité de ce traitement dans ces cas serait d'environ 50 % (Gainer, 1977).

4. Alcoolisme: Toujours selon Epstein et Vlok, il semble qu'actuellement une psychothérapie formelle n'influence pas l'abstinence des alcooliques, mais semble améliorer les chances pour diminuer la consommation d'alcool et améliorer l'adaptation du patient.
5. Troubles de caractère: Les études de la psychothérapie avec des malades antisociaux ou souffrant de troubles de caractère démontrent que les interventions thérapeutiques ont peu d'effet. Le rapport de NIMH mentionne que 35 à 45 % des adolescents antisociaux deviendront des adultes antisociaux. « Aucune intervention psychiatrique précoce n'a démontré une modification du cours de ce désordre sérieux. »

Efficacité en fonction des groupes socio-économiques

Si la psychothérapie pour des malades névrotiques de classes socio-économiques moyenne ou élevée donne assez souvent de bons résultats, il en est tout autrement lorsque la psychothérapie s'adresse à des malades de groupes socio-économiques faibles ou encore lorsqu'elle s'attaque à des troubles psychologiques sérieux.

En effet, pour être efficace, dans des problèmes graves, la psychothérapie joue surtout un rôle secondaire ou accessoire. C'est d'ailleurs surtout pour des troubles sérieux que des personnes des classes moyenne ou défavorisée entrent en contact avec un professionnel de la santé. Ces gens n'auront aucune tendance à consulter pour des troubles plus légers de type névrotique. Il est d'ailleurs démontré qu'entre 5 et 10 % seulement des gens de la classe moyenne ou défavorisée consultent d'eux-mêmes un professionnel de la santé mentale (Warren, 1976). En milieu populaire, c'est surtout lors d'une situation de crise ou à l'apparition d'un accès psychotique que les gens font appel aux professionnels de la santé. Des gestes antisociaux, comme la délinquance ou la criminalité ou des comportements violents à l'intérieur de la famille vont également amener l'intervention imposée du professionnel. Ces différences fondamentales quant aux facteurs qui amènent la consultation font que la psychothérapie sera subie ou reçue passivement au lieu d'être choisie activement par le futur client. Il est facile d'imaginer comment l'absence de motivation ou une motivation plus ou moins chancelante a des répercussions sur l'efficacité du traitement (Arseneau et al., 1983).

Il est malheureux qu'aucune étude comparative n'ait été faite sur l'efficacité de différents types de psychothérapie en fonction des résultats obtenus chez les divers groupes socio-économiques. À partir de la revue de la littérature, il semble se dégager que les thérapies humanistes, telles que la psychothérapie d'orientation analytique, la thérapie rogérienne, la thérapie gestalt, l'analyse transactionnelle, etc., soient surtout applicables pour les groupes socio-économiques moyens et élevés, alors que la thérapie familiale, la thérapie comportementale et la thérapie de groupe peuvent fonctionner avec toutes les classes de la société. Quelques rares chercheurs ont mentionné que les techniques de thérapie comportementale peuvent aussi être appliquées avec succès chez des gens qui sont culturellement, socialement et émotionnellement désavantagés (Lamontagne, 1981).

Efficacité en fonction des coûts nécessaires

Au cours des dernières années, une nouvelle dimension a été ajoutée au problème de l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies. En plus de regarder les mesures traditionnelles des résultats comme la réduction de symptômes ou le fonctionnement social, des efforts ont été faits pour évaluer les coûts relatifs et les bénéfices

des différentes approches psychothérapeutiques. Deux méthodes différentes ont été utilisées. L'analyse coût-bénéfice compare la valeur monétaire estimée des bénéfices de la psychothérapie contre la valeur monétaire de ses coûts. Malheureusement, il est souvent très difficile, sinon impossible de transformer les résultats de la psychothérapie comme l'augmentation de l'estime de soi ou la diminution de la dépression en unité monétaire. Comme résultat, une procédure alternative appelée l'analyse coût-efficacité a été plus fréquemment utilisée pour évaluer les thérapies. Dans l'analyse coût-efficacité, deux ou plusieurs programmes ou thérapies sont comparés en termes de coûts nécessaires pour atteindre un résultat donné. L'analyse la plus extensive de la littérature sur ce sujet revient à Yates et Newman (1980). Cette recherche a mis l'accent sur trois points particuliers: 1) évaluation des variables qui sont reliées à l'administration des soins, 2) comparaison des programmes de traitement par médicaments et 3) comparaison des effets de la psychothérapie sur l'utilisation de services médicaux.

En ce qui regarde le premier domaine de recherche, plusieurs études ont examiné les coûts de programmes plus ou moins intensifs dans des hôpitaux psychiatriques. Cinq études concluent que plus la thérapie est intensive, meilleure est la relation coût-efficacité et coût-bénéfice. Sept autres investigations ont comparé des programmes communautaires pour des adultes schizophrènes avec des programmes institutionnels. Ces investigations ont trouvé que, en général, les programmes de traitements communautaires ont un meilleur coût-efficacité et coût-bénéfice que le programme institutionnel. Cela est dû principalement aux différences dans les coûts d'habitation, de nourriture et de supervision des malades dans les hôpitaux. Plusieurs études ont également comparé des services rendus par des professionnels avec ceux rendus par les paraprofessionnels. La plupart de ces études ont démontré que les paraprofessionnels comme des infirmières ou des parents (Ginsberg et Marks, 1977) peuvent, après un entraînement, traiter des enfants à problèmes et des adultes névrotiques aussi bien que peuvent le faire les professionnels et ce à un coût moindre. Cependant, plusieurs de ces études souffrent de faiblesses méthodologiques diverses. Cinq évaluations regardent l'analyse coût-efficacité des programmes de traitements par médicaments pour l'héroïnomanie. De façon générale, les résultats indiquent que tous les programmes, que ce soit un traitement de maintenance à la méthadone, les communautés thérapeutiques ou encore les cliniques de désintoxication, ont une bonne

relation coût-bénéfice et coût-efficacité. Les limitations de ces études incluent, entre autres, le manque de groupe contrôle ou de distribution au hasard des patients. Yates et Newman révisent finalement un dernier domaine: l'effet de la psychothérapie sur l'utilisation de services médicaux. Huit études ont tenté de définir les coûts-bénéfices de la psychothérapie sur l'utilisation des services médicaux. Toutes les études rapportent une réduction dans l'utilisation des services médicaux généraux. Cependant, aucune de ces études n'a utilisé une distribution au hasard des patients et il n'existe aucun groupe contrôle sans traitement. Une interprétation suggérée pour la diminution dans l'utilisation des services médicaux après des contacts psychothérapeutiques minimes est que les patients redéfinissent leur problème comme psychologique plutôt que médical. Dans une série de recherches, Cummings et Follette (1976), Bales (1983) et Schlesinger et al. (1983) ont démontré que la psychothérapie brève réduisait l'utilisation des services médicaux chez des malades qui se plaignent de désordres psychosomatiques à un point tel que la diminution des coûts en services médicaux dépassent nettement les coûts de la psychothérapie. Enfin, le Congrès du gouvernement américain (1980) rapporte qu'une étude de quatre ans a démontré que l'hospitalisation pour des troubles physiques était passée d'une moyenne de 111 jours à une moyenne de 53 jours grâce à la psychothérapie, ce qui entraîne des épargnes de 1,1 million de dollars, plus que les coûts de la psychothérapie. Une seule s'est intéressée aux implications du paiement pour la psychothérapie (Shipton et Spain, 1981). Les conclusions de cette étude sont qu'il n'existe actuellement aucune évidence que ceux qui paient un certain montant d'argent pour avoir une psychothérapie réussissent mieux et ont de meilleurs bénéfices que ceux qui ne déboursent rien.

Pour diminuer les coûts dans le traitement des névroses, Marks (1979) suggère des traitements en groupe, une diminution des coûts d'entraînement des cliniciens, l'utilisation des infirmières et infirmiers comme thérapeutes, des traitements en clinique externe, l'utilisation judicieuse des médicaments, de même qu'une meilleure prévention. Quant aux traitements recommandés pour les patients qui ont des troubles mentaux majeurs, la psychothérapie est utilisée pour faciliter l'ajustement du malade et son maintien dans la communauté. Le professionnel de la santé qui soigne ces malades peut les traiter pendant plusieurs années. Certains malades chroniques requièrent un traitement indéfini. Ces malades ont certainement droit à des

traitements, tout comme les personnes qui souffrent de maladies physiques comme le diabète, l'arthrite, les maladies coronariennes, le psoriasis ou l'épilepsie (Canadian Psychiatric Association, 1984).

Le domaine de l'analyse coût-bénéfice et coût-efficacité représente une innovation technique relativement nouvelle et prometteuse pour analyser les résultats de la recherche en psychothérapie (American Psychiatric Association, 1982). Par contre, nous avons encore besoin de développements méthodologiques avant que ces techniques puissent être utilisées avec une fiabilité reconnue et une validité certaine dans l'évaluation de la psychothérapie (Congrès du gouvernement américain, 1980).

Effets négatifs de la psychothérapie

Toute technologie efficace peut aussi bien nuire qu'aider. Cette notion s'applique également aux psychothérapies. On peut donc trouver des effets négatifs ou encore une détérioration chez les malades. Comme on peut s'y attendre, il n'est pas facile d'obtenir des renseignements dans ce domaine. Les psychothérapeutes ne sont pas très motivés pour rapporter leurs échecs.

L'Association américaine de psychiatrie (1982) rapporte cinq effets négatifs possibles. Ce sont: 1) l'exacerbation des symptômes; 2) l'apparition de nouveaux symptômes; 3) une mauvaise utilisation de la thérapie par le malade, comme par exemple une dépendance exagérée sur le thérapeute; 4) le développement d'attitudes négatives par le malade envers lui-même ou envers les autres et 5) une désillusion du patient à propos de la thérapie en général ou à propos de son thérapeute. Il est à noter que ces effets n'ont jamais été mesurés systématiquement par les chercheurs. Il devient donc évident qu'une évaluation sérieuse sur les effets négatifs demande l'élaboration de nouveaux instruments psychométriques. Quant aux facteurs de détérioration, on note certaines caractéristiques du thérapeute comme la froideur, l'hostilité, la séduction, le pessimisme et le narcissisme. Certains traits de personnalité des malades, comme une faible motivation ou encore un caractère masochiste, peuvent également contribuer à de pauvres résultats de la psychothérapie. Des erreurs de technique, des buts inappropriés, une rigidité technique, une mauvaise utilisation des interprétations, un renforcement de la dépendance et le manque de confidentialité sont également mentionnés comme des sources possibles d'effets négatifs. Il demeure étonnant de constater qu'il existe si peu de recherches évaluant l'existence de toutes ces sources possibles d'effets théra-

peutiques négatifs. On peut donc conclure que les données empiriques disponibles sont inadéquates pour démontrer la nature, la fréquence ou la cause de la détérioration ou des effets négatifs.

Conclusion

Bien que la recherche sur les psychothérapies comporte encore de nombreux problèmes reliés à la distribution des malades, à l'utilisation des statistiques, aux mesures d'évaluation et aux protocoles expérimentaux, les données ont démontré de façon empirique que la psychothérapie est efficace chez certaines populations et pour certains problèmes. Il est utile de rapporter ici les conclusions de l'Association américaine de psychiatrie (1982) sur ce sujet:

1. Il existe encore un besoin très important pour de la recherche soignée et systématique sur les effets de la psychothérapie dans diverses conditions. Le système diagnostique actuel n'est pas adéquat pour la recherche sur les psychothérapies.
2. Le second problème porte sur la définition de la psychothérapie. Les thérapies doivent être définies de façon beaucoup plus précise.
3. La psychothérapie comme seule modalité thérapeutique semble être le plus utile dans des conditions comme les névroses, les problèmes de personnalité et les mauvais ajustements. La psychothérapie seule semble moins efficace pour les troubles affectifs majeurs et encore moins pour la schizophrénie.
4. Des études cliniques contrôlées ne sont pas nécessairement la seule méthode valable pour évaluer l'efficacité de la psychothérapie. Il existe un besoin de trouver d'autres approches qui peuvent être utiles pour créer de nouveaux protocoles de recherche.
5. La plupart des données de recherche actuellement disponibles ne reflètent pas de façon adéquate le travail des cliniciens tel qu'ils le pratiquent. C'est surtout vrai pour les psychothérapies à long terme et la psychanalyse qui n'ont pas été évaluées de façon appropriée. Ce manque d'évidence pour l'efficacité de la psychothérapie à long terme ne doit pas être interprété comme une indication de son manque d'efficacité. Il existe une grande expérience et une grande connaissance clinique qui ont été accumulées par des praticiens depuis plusieurs années et cela doit être considéré dans l'évaluation globale de la psychothérapie. Même si tous les problèmes pouvaient être résolus, des conclusions non équivoques seraient probablement impossibles

dans le domaine de la recherche sur la psychothérapie. La psychothérapie est en effet un ensemble complexe d'interactions qui prennent place entre les individus pour une période souvent indéterminée. C'est un processus de rétroaction ouvert en contraste avec les interactions fermées qui sont typiques dans la plupart des recherches en laboratoire. Notre objectif ne doit pas être d'atteindre l'ultime vérité, aucun autre domaine ne peut y arriver, mais plutôt de créer un cadre de travail solide qui peut nous permettre de tendre vers la vérité. D'un autre point de vue, nous devons demeurer optimistes et croire que la recherche peut nous conduire vers des techniques de plus en plus utiles pour les malades qui recherchent un soulagement de leur détresse psychologique. Il n'existe aucun sentiment plus gratifiant que la satisfaction de collaborer avec la communauté des chercheurs et des cliniciens dans une entreprise qui peut bénéficier à ceux qui ont besoin d'aide (Bergin et Lambert, 1978). On peut se demander enfin si dans un système d'assurance-maladie les décisions quant aux soins à administrer aux malades doivent être déterminées en fonction des coûts-bénéfices ou des coûts-efficacité? Comme Grenspan et Sharfstein (1981), rappellons que la plupart des coûts élevés des soins médicaux de nos jours sont attribués à une technologie qui prolonge la vie dans des situations désespérées. Il demeure donc critique de séparer la science de la politique dans le contexte de considérations économiques et éthiques. En analyse finale, la démonstration du degré d'efficacité ne peut être la seule variable qui influence le choix d'un traitement lorsque celui-ci est payé par l'État.

La thérapie électroconvulsive

À cause des croyances erronées que la schizophrénie et l'épilepsie étaient des maladies antagonistes, plusieurs malades schizophrènes reçurent, à la fin des années 30, des produits chimiques comme le pentylnetetrazol qui provoquait des convulsions. À cette époque, ces traitements donnaient les meilleurs résultats, mais les produits étaient bien souvent toxiques et dangereux. Vers le même moment, c'est-à-dire en 1938, Cerletti et Bini (Bini, 1938), étudiaient les effets des convulsions induites par l'électricité chez les animaux afin d'acquérir une meilleure compréhension du mécanisme de l'épilepsie. En constatant la simplicité relative de leur technique électrique pour induire des convulsions, ils décidèrent d'utiliser cette méthode de façon clinique. Leurs tentatives apportèrent certains succès et l'utilisation de la thérapie électroconvulsive se répandit rapidement à travers l'hémisphère ouest. En moins de quelques années, cette technique devint établie aux États-Unis comme étant une thérapie dominante pour la schizophrénie. Comme pour tous les autres types de traitement, des tentatives ont été faites pour établir l'efficacité de la thérapie électroconvulsive pour tous les types possibles de catégories diagnostiques. Toutes ces études sont arrivées à la conclusion que la thérapie électroconvulsive est plus efficace dans les désordres dépressifs sévères que dans les syndromes schizophréniques.

Entre 1950 et 1960, le développement des médicaments pour le traitement de la schizophrénie et d'autres désordres affectifs majeurs a provoqué une diminution substantielle dans l'utilisation de la thérapie électroconvulsive. Il fallait bien sûr s'attendre que le traitement médical supplante le traitement chirurgical, soit les électrochocs. Malgré ces développements, la thérapie électroconvulsive n'est pas complètement disparue comme méthode de traitement. On ne peut pas conclure ce court aspect historique sur la thérapie électroconvulsive sans mentionner les effets négatifs qui accompagnent souvent les mentions d'électrochocs dans le grand public. Avec les années, la thérapie électroconvulsive est devenue comme un symbole de la façon autoritaire par laquelle des membres de notre société troublés émotionnellement sont traités par le système psychiatrique. Comme toute autre modalité de traitement, la thérapie

électroconvulsive est associée avec certains risques et certains effets secondaires dont il faut sans aucun doute tenir compte lorsqu'on doit administrer la thérapie électroconvulsive.

Indications et contre-indications

L'étude la plus complète sur la thérapie électroconvulsive est sans aucun doute celle du Task Force de l'American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 1978). Cette étude a consisté en une enquête chez 4 000 des membres de cette association. Il y a eu un taux inattendu et élevé de réponses de 75 %. Soixante-douze pour cent des répondants croyaient qu'il existait des patients pour qui la thérapie électroconvulsive représentait la forme de traitement la plus sûre et la plus efficace. Seulement 7 % des répondants croyaient que l'utilisation de la thérapie électroconvulsive était maintenant dépassée. Les sujets questionnés ont rapporté que les principales indications pour les électrochocs étaient la dépression sévère (86 %), suivie par l'excitation maniaque (42 %), la schizophrénie (25 %), l'anorexie nerveuse (11 %), etc. Déjà en 1976, le Comité de la santé mentale du Québec (Comité de la santé mentale du Québec, 1976a, 1976b), publiait un rapport sur la thérapie électroconvulsive ou sismothérapie. Dans ce document, on retrouve les indications et les contre-indications cliniques du traitement électroconvulsif qui sont à peu près universellement reconnues. Ce sont :

Indications :

a) état dépressif extrêmement sérieux, de type suicidaire avec agitation ;
b) agitation extrême qu'on ne peut calmer par aucune autre forme de traitement et qui menace le malade de mort par épuisement ;
c) dépression à l'égard de laquelle la pharmacothérapie se révèle impuissante après au moins trois semaines d'un dosage approprié ;
d) rarement, une réaction schizophrénique qui ne répond pas aux neuroleptiques après au moins huit semaines d'un dosage approprié ;
e) exceptionnellement, certains autres troubles de la personnalité comme, par exemple, une psychopathologie occasionnée par des abus d'alcool ou de drogue ou une violence incontrôlable.

Contre-indications:

a) la plupart des tumeurs du cerveau;
b) toutes les formes de défaillances cardiaques;
c) toute maladie aiguë accompagnée de fièvre;
d) une névrose d'angoisse.

Plus récemment, d'autres auteurs (Moamaï et Moammaee, 1984) ont résumé les indications et les contre-indications de la façon suivante.

Indications:

Le facteur important en faveur de l'électrochoc est le danger de suicide. Ainsi, l'électrochoc est-il particulièrement indiqué dans les dépressions, qu'elles prennent la forme de:

a) dépression unipolaire récidivante;
b) dépression bipolaire;
c) mélancolie d'involution;
d) dépression d'intensité psychotique;
e) dépression des sujets âgés en l'absence d'artériosclérose ou de sénélité.

L'électrochoc se recommande aussi lorsque:

a) les patients maniaques sont sévèrement perturbés;
b) les psychoses aiguës résistent aux neuroleptiques;
c) les états confusionnels graves s'accompagnent d'agitation et plus particulièrement de délirium tremens;
d) en psychose post-partum, la patiente est anxieuse et agitée ou lorsqu'elle ne tolère pas les neuroleptiques;
e) les accès catatoniques s'accompagnent d'excitation et de stupeur ou encore de négativisme ou de refus alimentaire;
f) l'anorexie mentale risque d'être fatale.

Il est important de souligner que l'électrochoc n'est pas efficace dans la dépression d'ordre névrotique, ni dans la dépression associée à la schizophrénie.

Contre-indications:

a) tumeur du cerveau;
b) anévrisme de l'aorte;
c) infarctus du myocarde récent;

d) insuffisance coronarienne évaluée (risque d'embolie);
e) hypertension intracrânienne et malformation vasculaire cérébrale;
f) traitement aux anticoagulants (risque d'hémorragie);
g) traitement aux inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO).

Efficacité clinique

a) Dans les désordres affectifs

Une des façons d'évaluer l'efficacité de la thérapie électroconvulsive consiste à la comparer avec d'autres types de traitement, notamment des médicaments. Dans les années 60, plusieurs études ont souligné l'efficacité du traitement électroconvulsif (Greenblatt, Grosser et Wechsler, 1964; Wilson, Vernon et Guin, 1963; Bratfos et Hang, 1965; Horden, Burt et Holt, 1965; DeCarolis, Giberti et Roccatagliati, 1964; Angst, Varga et Shepherd, 1966; Hutchinson et Smedburg, 1963). Dans toutes ces études, la thérapie électroconvulsive était la norme par rapport à laquelle les médicaments étaient évalués. L'étude de Greenblatt et al. (1964) est représentative de l'ensemble de ces recherches. Cette étude comparait l'effet d'un inhibiteur de la monoamine oxydase, d'un antidépresseur tricyclique (l'imipramine) et de la sismothérapie, dans des groupes équivalents de patients souffrant de psychose maniaco-dépressive ou de schizophrénie, de mélancolie d'involution et de réaction psychonévrotique. La méthodologie qui inclut le dosage des médicaments utilisés a par contre été jugée très inadéquate par le Task Force de l'American Psychiatric Association. Dans cette étude, les résultats montraient que la sismothérapie était supérieure aux autres traitements surtout lors de la phase dépressive de la psychose maniaco-dépressive et dans la mélancolie d'involution. En Angleterre, l'étude du Medical Research Council (1965) parvient aux mêmes conclusions. Par contre, à cette époque, trois études n'arrivent pas à montrer de différence significative entre la thérapie électroconvulsive et la pharmacothérapie (McDonald, Perkins et Marjerrisson, 1966; Wittenborn, Plante et Burgess, 1962 et Kristiansen, 1961). Cependant, ces études ont peu de crédibilité à cause du nombre limité de sujets.

Les résultats de ces recherches concourent à démontrer que la sismothérapie est le traitement de prédilection dans le type de désordre mentionné, mais des revues plus récentes de la littérature, telles que celles de Morris et Beck (1974), concluent que le traite-

ment par des médicaments tricycliques est plus efficace dans 66 % des cas de dépression. La question sur l'utilisation préférentielle de la sismothérapie s'ouvre du fait qu'à 66 % d'efficacité, les médicaments sont plus faciles à prescrire, plus acceptés par les patients et moins controversés. Il faut ajouter aussi qu'une perte de mémoire n'est pas observée avec le traitement par médicaments. Plus récemment, West (1981) a été presque l'un des seuls à utiliser une étude à double insu pour évaluer l'efficacité de la thérapie électroconvulsive. Cet auteur a utilisé un essai contrôlé à double insu pour vérifier si la convulsion est nécessaire au traitement réussi de la dépression au moyen de la thérapie électroconvulsive. Dans la présente étude, 22 malades atteints de dépression primaire ont été répartis au hasard dans deux groupes expérimentaux dans le cadre d'un essai à double insu. Chaque groupe a subi un essai simulé ou un essai réel deux fois par semaine pendant trois semaines. La dépression a été appréciée chez tous les malades à l'aide de trois mesures différentes de dépression : une évaluation par un psychiatre, une évaluation par des infirmières et l'inventaire de Beck. Les malades qui ont subi un traitement convulsif réel ont présenté une amélioration très significative selon les trois évaluations (p 0.001) tandis que le traitement simulé a produit peu de changement. Quand les malades qui ont subi un traitement simulé ont subi un traitement électroconvulsif réel, ils ont aussi présenté une amélioration sensible. Selon West, ces constatations corroborent l'utilité de la thérapie électroconvulsive dans les états dépressifs sévères et, selon lui, il faut croire que la convulsion est importante pour l'effet thérapeutique.

En discutant de l'efficacité de la thérapie électroconvulsive, il faut bien se rappeler qu'en pratique, le terme dépression est appliqué à une population très hétérogène de patients. Le type de dépression pour laquelle la thérapie électroconvulsive montre le plus d'efficacité est la dépression endogène. Le diagnostic de dépression endogène n'implique pas nécessairement qu'il n'y a aucune composante réactionnelle, mais plutôt que la réponse au stress est très intense et prolongée et est généralement accompagnée par des altérations profondes dans le niveau de fonctionnement végétatif de l'individu surtout en ce qui regarde le sommeil, l'appétit, la libido et le niveau d'activités. Bien que la sismothérapie et les médicaments antidépresseurs soient efficaces dans des populations similaires, certaines études comparatives ont démontré que la thérapie électroconvulsive peut être plus efficace chez plusieurs patients. Même si les études comparatives du début incluaient des patients qui étaient traités

avec ce qui nous apparaîtrait maintenant des niveaux inappropriés de médication, certains travaux plus récents ont quand même révélé que même avec des niveaux sanguins suffisants de médication antidépressive, la thérapie électroconvulsive montre encore sa supériorité. De plus, la thérapie électroconvulsive est efficace avec plusieurs malades déprimés qui ne répondent absolument pas aux agents psychopharmacologiques (Weiner, 1979).

Selon le Task Force Report (American Psychiatric Association, 1978), la revue des études sur les résultats de la thérapie électroconvulsive montre que les données utilisées sont bien souvent des études de cas de nature rétrospective et que les études à long terme n'existent pas. Le rapport indique plusieurs considérations dont il faut tenir compte en ce qui concerne les études sur les résultats de la thérapie électroconvulsive :

1. Les données existantes sur les effets à long terme ne montrent pas que la thérapie électroconvulsive puisse changer le processus naturel des maladies affectives.
2. L'efficacité de la sismothérapie d'entretien n'a pas été démontrée par des études contrôlées. Des études sur l'entretien sont donc plus nécessaires si on songe au fait qu'il existe des patients qui ne répondent pas aux antidépresseurs.
3. Finalement, la relation entre le résultat et le nombre de traitements nécessaires reste à définir. Dans les meilleures études, où des patients sévèrement déprimés sont traités, le nombre moyen de traitements se situe entre 6 et 9 (Greenblatt et al., 1964 ; Wilson et al., 1963). Certains rapportent que le nombre maximal d'électrochocs ne doit pas dépasser 12 à 16 ; un nombre plus élevé n'augmente pas l'efficacité thérapeutique (Moamaï et Moammaee, 1984). La plupart des auteurs s'accordent à dire que le malade doit suivre trois traitements par semaine comme procédure standard.

b) Dans la schizophrénie

Même après l'introduction des neuroleptiques dans les années 50, des études comparant la sismothérapie et les neuroleptiques ont démontré que la thérapie électroconvulsive était supérieure aux médicaments (Baker, Game et Thorpe, 1958, 1960 ; Baker, Bird et Lavin, 1960). Cependant, ces études avaient des faiblesses méthodologiques importantes, la plupart étant des évaluations rétrospectives. Par contre, à partir des années 60, les résultats des études commencent à montrer l'absence de différence significative entre

les médicaments antipsychotiques et la thérapie électroconvulsive (Langsley, Enterline et Hickerson, 1959; King, 1960; Childers, 1964). En plus, commençaient à paraître des revues de la littérature qui mettaient complètement en doute l'efficacité de la thérapie électroconvulsive dans le traitement de la schizophrénie (Riddell, 1963; Tourney, 1967).

Les études de May (1976a, 1976b) sont importantes du fait que l'auteur utilise une méthodologie adéquate et une période de post-cure de trois ans. Dans la première étude, la conclusion est que la thérapie électroconvulsive est plus efficace que la pharmacothérapie, si l'efficacité est définie en fonction du nombre de jours d'hospitalisation. Quand l'efficacité est définie plus globalement, l'étude montre que les médicaments sont plus efficaces. Dans une deuxième étude du même auteur, May examine et évalue toutes les études contrôlées sur la schizophrénie jusqu'en 1973. Les résultats de cette revue donnent les médicaments comme traitement de choix. En général, la plupart des autorités dans le traitement de la schizophrénie sont d'accord pour dire que la médication doit être le traitement initial et préférentiel (Klein et Davis, 1969; NIMH, 1964). Dans le cas des désordres schizo-affectifs, il ne semble pas y avoir d'études bien contrôlées appuyant particulièrement le recours à la sismothérapie, même si la littérature contient certains rapports favorables à ce sujet (Greenblatt, 1977; May, 1975).

c) Pour d'autres problèmes

Comme on l'a déjà mentionné, la thérapie électroconvulsive a été essayée avec presque tous les types de désordres mentaux. Cependant, si on exclut les conditions qu'on vient de mentionner, la sismothérapie n'a pas été très efficace dans le traitement des autres problèmes psychologiques. Les névroses, incluant la dépression névrotique, ne répondent généralement pas bien à la thérapie électroconvulsive et on peut dire de même pour les désordres psychophysiologiques ou de personnalité (Weiner, 1979).

Risques et effets secondaires

Les risques et les effets secondaires dus à la thérapie électroconvulsive ont fortement diminué depuis l'apparition de cette procédure de traitement dans les années 40. Les examens préparatoires, comme la radiographie de la colonne vertébrale, la radiographie du crâne et l'électrocardiogramme chez les patients de 40 ans et plus permettent d'éliminer de nombreuses complications. De plus, l'anes-

thésie générale élimine le danger de fracture qui était si fréquent auparavant. Enfin, un agent anticholinergique est donné pour prévenir le ralentissement du rythme cardiaque et pour réduire les sécrétions pharyngées. Avec ces précautions, la mortalité actuelle se situe à un patient sur 10 000 et elle suit surtout des complications cardiaques.

Quant aux effets secondaires, mis à part des douleurs musculaires et des maux de tête de courte durée, le principal effet secondaire consiste surtout en des troubles de mémoire. Cependant, les changements survenus dans les dernières décennies font que la sismothérapie est maintenant donnée par une stimulation unilatérale sur l'hémisphère cérébral non dominant. Cette innovation est importante car elle diminue la confusion et les troubles de mémoire qui suivent immédiatement le traitement (Squire et Slater, 1978). D'ailleurs, une étude de Squire et Chace (1975) est très importante en ce qui concerne la controverse autour de la perte de mémoire par un traitement électroconvulsif. Cette étude n'a pu démontrer l'existence de déficit de mémoire à long terme chez les sujets ayant reçu des traitements de sismothérapie unilatéraux sur l'hémisphère non dominant. Les malades ayant reçu la thérapie électroconvulsive bilatérale se plaignaient de façon significative de plus de troubles de mémoire. Les troubles de mémoire à long terme demeurent donc davantage possibles avec la technique bilatérale. Une autre étude, celle de l'équipe de D'Elia (1976), montre que la thérapie électroconvulsive unilatérale pariétale non dominante a un effet négatif sur la mémoire visuelle, tandis que la thérapie électroconvulsive sur l'hémisphère dominant a un effet négatif sur la mémoire verbale, ce qui est tout à fait compréhensible étant donné le rôle primordial de l'hémisphère non dominant dans la mémoire visuelle et de l'hémisphère dominant dans la mémoire verbale. À partir de cette étude, Chouinard (1977) tire la conclusion que les gens se servant surtout de leur mémoire visuelle devraient plutôt recevoir des électrochocs sur l'hémisphère dominant tandis que les gens se servant surtout de leur mémoire verbale auraient avantage à recevoir des traitements sur l'hémisphère non dominant. La technique unilatérale sur l'hémisphère non dominant est la technique la plus fréquemment utilisée aujourd'hui. La perte de mémoire est le problème central attribué à la sismothérapie. Dans les années 40 et 50, on considérait d'ailleurs la perte de mémoire comme un effet thérapeutique (Brengelmann, 1959). De nos jours, plusieurs études ont démontré que le degré de la perte de mémoire n'est pas en corrélation avec la guérison (Fink, 1974;

Korin, Fink et Kwalwasser, 1956; Ottoson, 1967). En plus, le fait que des études montrent que la sismothérapie unilatérale produit moins de troubles de mémoire et qu'il est fort probable qu'elle soit aussi efficace que la sismothérapie bilatérale, cela renforce l'idée que la perte de mémoire occasionnée par la thérapie électroconvulsive est un effet secondaire négatif, sans rapport avec l'efficacité.

L'amnésie associée à la thérapie électroconvulsive est de nature antérograde aussi bien que rétrograde. L'amnésie porte donc sur les événements antécédents au traitement de même que sur une difficulté à intégrer dans la mémoire à long terme des événements survenant tout de suite après le traitement (Squire et Miller, 1974). Il existe plusieurs revues des effets amnésiques de la sismothérapie (Harper et Wiens, 1975; Dornbush, 1972; Dornsbush et Williams, 1974). Les conclusions tirées du « Task Force Report » (APA), 1978, sont les suivantes:

a) la sismothérapie bilatérale est associée à un degré d'amnésie antérograde plus élevé que celui produit par la sismothérapie unilatérale non dominante;
b) la sismothérapie bilatérale est associée à un degré d'amnésie rétrograde plus extensif que celui produit par la sismothérapie unilatérale non dominante;
c) l'utilisation extrême de la sismothérapie, par exemple, plus de 50 traitements, peut donner lieu à des troubles de mémoire permanents, mais une conclusion définitive à ce sujet n'est pas encore documentée par des études contrôlées (Templer, Ruff et Armstrong, 1973; Goldman, Gomer et Templer, 1972; Weiner, 1979);
d) l'activation d'information déjà connue par le patient avant l'électrochoc ne donne pas lieu à la disparition de ce matériel (Schneider et Sherman, 1968; Misanin, Miller et Lewis, 1968; Lewis, Bregman et Mahan, 1972);
e) la capacité de l'apprentissage nouveau est restaurée après 6 à 9 mois de traitement. Cependant, des plaintes permanentes sont plus fréquentes chez les patients ayant reçu la sismothérapie bilatérale;
f) la perte de mémoire des événements ayant eu lieu longtemps avant le traitement électroconvulsif se rétablit après 6 à 9 mois, mais la mémoire des événements ayant eu lieu quelques jours avant le traitement peut ne pas se rétablir.

reçoivent des placebos pendant des recherches de courte durée (six semaines). Dans la plupart des cas, les symptômes typiques de la schizophrénie, comme les délires et les hallucinations, diminuent ou disparaissent et le comportement tend à se normaliser. La diminution des troubles de la pensée comme des idées bizarres et la fuite des idées a été également documentée (Spohn et al., 1977).

Une des variables sur lesquelles les chercheurs se sont arrêtés récemment concerne les effets des taux de rechutes en relation avec l'administration de doses de maintien de neuroleptiques avec ou sans psychothérapie concomitante. L'étude classique de May (1968) et sa postcure de cinq ans (May et al., 1976) a trouvé que les malades dans le groupe qui ne recevait pas de neuroleptiques passaient deux fois plus de jours à l'hôpital après leur congé médical que ne le faisaient les malades qui étaient traités avec des médicaments. Cette découverte stimula un nombre d'études contrôlées dans différents pays et dans différents hôpitaux pour savoir si la médication pouvait prévenir les rechutes. Entre 1959 et 1978, 29 études contrôlées ont été publiées. Dans ces études, des malades schizophrènes qui avaient reçu leur congé de l'hôpital ont reçu soit des neuroleptiques ou des placebos sur une base de distribution au hasard. L'évidence accumulée a démontré que les effets secondaires n'ont pas provoqué de biais pour les études à double insu. Les résultats de ces 29 études montrent que les schizophrènes qui avaient reçu un traitement de maintien par les neuroleptiques alors qu'ils étaient dans la communauté ont eu un taux moyen de 19 % de rechutes, alors que les malades qui avaient reçu un placebo atteignaient un taux de 55 % de rechutes. Cette différence, établie sur un total de 3 519 malades, est hautement significative. Les résultats appuient donc fortement l'utilisation du traitement de maintien par la médication antipsychotique pour prévenir les rechutes (American Psychiatric Association, 1982). Ces recommandations ont été également appuyées par l'équipe de Hogarty (1979). Enfin, plus récemment, Goldstein et Hopeikin (1981) ont démontré que la combinaison médication et thérapie familiale diminuait fortement le taux de rechute chez les malades schizophrènes qui ont reçu leur congé médical.

Les anxiolytiques ou tranquillisants mineurs

De tout temps, les sédatifs ont surtout été utilisés dans le traitement de l'insomnie et de l'anxiété. L'alcool est sûrement le plus vieux sédatif et par la suite, les barbituriques ont joué le même rôle. Cependant, depuis la découverte de nouveaux médicaments qu'on

La thérapie électroconvulsive au Québec, de 1971 à 1982

Selon des documents de 1982 du ministère des Affaires sociales du Québec, la sismothérapie est administrée dans les 18 hôpitaux psychiatriques et dans les 57 hôpitaux généraux de notre province. Le tableau I nous permet de constater que cette forme de thérapie a régressé de 1971 à 1982.

Tableau I

Nombre d'électrochocs et d'anesthésies pour électrochocs payés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec entre les années 1971 et 1977

Années	Électrochocs	Anesthésies	Approximation du nombre de patients avec moyenne de 8 traitements
1971	24 748	28 294	3 287
1972	24 931	28 234	3 529
1973	30 310	32 910	4 114
1974	29 598	31 244	3 905
1975	26 358	27 267	3 408
1976	18 713	29 646	3 706
1977	12 573	18 300	2 287
1978	12 700	15 795	1 974
1979	10 015	12 891	1 611
1980	6 575	10 450	1 306
1981	5 183	8 444	1 055
1982	4 296	8 577	1 072

Il est important de considérer les indicateurs utilisés pour évaluer l'utilisation de ce traitement, c'est-à-dire le nombre de sismothérapies et le nombre d'anesthésies pour électrochocs. On remarque que le nombre de sismothérapies est toujours inférieur au nombre d'anesthésies pour électrochocs. Ceci est dû au fait que certains actes de sismothérapie faits par les médecins ne sont pas rémunérés à l'acte, mais plutôt dans le cadre de la rémunération à la vacation ou selon le salariat. C'est pourquoi le nombre d'anesthésies pour électrochocs est, à notre avis, le meilleur indicateur du nombre réel des sismothérapies administrées au Québec. Quel que soit l'indicateur utilisé, le tableau I démontre clairement que l'utilisation de la sismothérapie a fortement diminué au Québec entre 1971 et

appelle les anxiolytiques, la prescription de sédatifs ne se justifie plus car tous savent maintenant que l'alcool et les barbituriques sont dangereux en cas de surdosage et qu'ils induisent de la dépendance physique.

La découverte des substances anxiolytiques tels qu'on les connaît aujourd'hui a été en grande partie le fruit du hasard. En 1930, Sternbach, en Pologne, découvre une nouvelle molécule, mais il ne sait qu'en faire. Vingt-cinq ans plus tard, en 1955, en voulant faire une réaction chimique avec cette molécule, Sternbach obtient une substance à laquelle il ne s'attendait pas du tout, le chlordiazopoxide, qu'on connaît sous le nom de librium. Son emploi chez l'humain fut accepté au Canada et aux États-Unis en 1960. Les recherches continuèrent et en 1963, le diazépam, c'est-à-dire le valium, apparaît sur le marché.

Les benzodiazépines agissent surtout comme agents anxiolytiques dans le traitement des troubles aigus ou chroniques qui provoquent une incapacité et qui sont caractérisés par de l'anxiété. La pratique courante définit ces états comme des syndromes généraux d'anxiété et de panique. En 1981, on vendait au Canada dix types de benzodiazépines et l'un des médicaments les plus populaires de cette catégorie a été le diazépam (Santé et Bien-être social Canada, 1982).

Efficacité

De nombreuses études ont montré la supériorité des benzodiazépines par rapport au placebo lorsqu'il s'agit de réduire l'anxiété. Les benzodiazépines sont supérieures au placebo dans presque toutes les études ; dans trois quarts de celles-ci, elles sont supérieures aux barbituriques, les autres ne montrant pas de différence significative avec les barbituriques. Les points à retenir de la recherche sur l'efficacité des anxiolytiques sont les suivants :

— Les types de patients évalués dans les études avec groupe contrôle sur les propriétés anxiolytiques des benzodiazépines peuvent avoir un effet important sur les résultats. Par exemple, les patients avec des états d'anxiété qu'accompagnent la schizophrénie, la dépression ou les désordres sévères de personnalité ne s'améliorent pas avec les anxiolytiques (Cole et Davis, 1975).

1982 (1971 = 28 294 et 1982 = 8 577). En se basant sur le nombre d'anesthésies, on note une augmentation entre 1971 et 1973 (1971 = 28 294 et 1973 = 32 910) suivie d'une diminution graduelle jusqu'à 1982 (8 577), mais qui et particulièrement forte entre 1976 et 1977 (1976 = 29 646 et 1977 = 18 300) où l'on remarque une diminution du nombre des anesthésies de plus de 11 000. On peut dire qu'entre 1971 et 1982, le nombre d'anesthésies pour électrochocs a diminué de 67,4 % alors qu'entre 1973 (année où l'on compte le nombre le plus élevé d'anesthésies) et 1982, on note une diminution de 73,9 %. En supposant que chaque malade reçoive de 6 à 10 traitements de sismothérapie et qu'on prenne une moyenne de huit traitements, on peut dire qu'environ 3 287 malades ont reçu un traitement de sismothérapie en 1971, comparativement à 1 072 patients en 1982.

Il est à noter que, dans un autre document du ministère des Affaires sociales daté de 1980, l'utilisation de la sismothérapie est concentrée principalement dans la région de Québec. En 1977, 56,5 % de tous les traitements de sismothérapie du Québec ont été pratiqués dans cette région.

Le tableau II présente le nombre de sismothérapies payées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec en 1982 dans chacune des régions socio-sanitaires de la province.

Tableau II

Sismothérapies payées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec en 1982 dans chacune des régions socio-sanitaires du Québec

	Électro-chocs	%	Anes-thésies	%	Popu-lation	%
Bas St-Laurent—Gaspésie	107	2,5	107	1,2	234 011	3,6
Saguenay—Lac St-Jean	461	10,7	553	6,4	299 135	4,7
Québec	195	4,5	1 953	22,8	1 032 077	16,1
Trois-Rivières	295	6,9	785	9,2	441 408	6,9
Cantons de l'Est	352	8,2	603	7,1	240 528	3,7
Montréal métropolitain	2 200	51,2	2 886	33,6	2 028 457	31,6
Laurentides—Lanaudière	256	6,0	326	3,8	530 791	8,3
Montérégie	430	10,0	1 332	15,5	1 070 786	16,7
Outaouais	—	—	34	0,4	273 697	4,2
Nord-Ouest	—	—	—	—	157 271	2,4
Côte-Nord	—	—	—	—	117 160	1,8
	4 296	**100 %**	**8 577**	**100 %**	**6 425 321**	**100 %**

— L'équipe de Gardon (1968) a montré, avec des étudiants, une réduction de l'anxiété avec le chlordiazépoxide et le loxazépam. Cette étude laisse entrevoir une différence dans le mécanisme psychologique entre ces deux benzodiazépines.
— Selon Rickels et al., (1964), les patients de niveau socio-économique défavorisé qui souffrent de dépression légère avec troubles somatiques réagissent mieux aux anxiolytiques qu'aux antidépresseurs et aux antipsychotiques.
— Les patients qui présentent des attaques de panique sévère accompagnées de phobies répondent davantage à un traitement par médicaments antidépresseurs qu'à un traitement aux anxiolytiques (Klein, 1964).

Effets bénéfiques

Selon l'équipe de Lipman (1971), la nature de l'amélioration produite par les anxiolytiques va plus loin qu'une simple réduction de l'anxiété. Selon ces auteurs, plus de cas d'événements positifs et moins de cas d'événements négatifs dans la vie des sujets étaient relevés chez les sujets traités avec le chlordiazépoxide que chez les sujets du groupe soumis au placebo. Ce résultat peut être dû à une sorte de transformation perceptuelle produisant la disposition à évaluer la réalité de façon plus positive. Dans cette étude, le chlordiazépoxide peut avoir aidé à diminuer les symptômes psychiatriques affaiblissants et à augmenter l'*insight* du processus thérapeutique.

On a également trouvé que les benzodiazépines étaient utiles:
— dans le sevrage alcoolique aigu (Sellers et Kalant, 1976);
— dans le traitement de certains genres de crises continues et dans une variété de troubles neuro-musculaires comme la paralysie cérébrale et l'hypotension posturale (Sellers, 1978);
— comme prémédication aux interventions chirurgicales, comme anesthésique intraveineux au cours d'interventions chirurgicales mineures et dans une variété de tests diagnostiques généralement administrés dans les hôpitaux (Greenblatt et Shader, 1974; Bellantwond et al., 1980).

Effets secondaires

L'effet secondaire le plus remarqué des anxiolytiques est la somnolence et un certain affaiblissement cognitif quand ils sont utilisés comme hypnotiques (Cole et Davis, 1975). Cependant, toute substance pharmacologiquement active qui a des effets positifs est

Deux points attirent particulièrement notre attention dans ce tableau. Premièrement, il semble évident qu'il y a beaucoup plus de médecins à la vacation ou à salaire dans la région de Québec, puisque le nombre d'anesthésies pour électrochocs est nettement plus élevé que le nombre des électrochocs eux-mêmes. Deuxièmement, il est facile de constater que la sismothérapie est davantage utilisée où il y a de grands bassins de population soit dans la région de Montréal, de la Montérégie et de Québec. À cet effet, on peut dire que la région de Montréal compte 33,6 % des anesthésies pour 31,6 % du bassin de population, que la Montérégie compte 15,5 % des anesthésies pour 16,7 % du bassin de la population et que la région de Québec compte pour 22,8 % des anesthésies pour 16,1 % du bassin de la population. Il semble à nouveau que la sismothérapie soit davantage employée dans la région de Québec lorsqu'on tient compte du bassin de population.

Même si toute comparaison directe est impossible à faire, cette tendance à la diminution du traitement par la sismothérapie a également été remarquée au Massachusetts où on a noté une diminution significative entre 1974 et 1980 autant dans les hôpitaux privés que publics (Mills, Pearsall, Yesavage et Salzman, 1984). Selon les auteurs de ce travail, les indications plus précises de la sismothérapie, les législations à ce sujet et l'avancement des traitements psychiatriques peuvent expliquer partiellement la diminution dans l'utilisation de la sismothérapie. Cette conclusion peut également s'appliquer au Québec.

Discussion

Lorsque la sismothérapie fut introduite comme traitement des maladies mentales dans les années 40, c'était une procédure plutôt cruelle. Le patient devait être attaché de telle sorte que les convulsions n'entraîneraient pas des fractures des bras, des jambes ou de la colonne vertébrale. De façon occasionnelle, un patient décédait d'arrêt respiratoire. De nos jours, l'administration de médication anesthésique et myorelaxante évite les accidents dus aux convulsions.

Le mécanisme d'action de la sismothérapie n'est pas encore bien connu. Récemment, certains auteurs (Malitz, Sackeim et Decina, 1982) ont prétendu que la suppression de l'activité du côté droit du cerveau est le principal mode d'action de la sismothérapie. D'autres chercheurs croient que les convulsions induites de façon électrique modifient la balance des neurotransmetteurs dans le

susceptible d'avoir des effets négatifs chez certaines personnes et dans certaines circonstances. En outre, les médicaments qui agissent sur le système nerveux central et modifient l'humeur sont également susceptibles d'être utilisés dans un but non thérapeutique et de façon inappropriée, qu'ils soient illicites ou non.

De nombreuses études en laboratoire ont révélé une déficience motrice consécutive à l'usage de doses légères de benzodiazépines (Kleinknecht et Donaldson, 1975; Liljequist et Mattila, 1979). Une étude faite en Grande-Bretagne montre un lien très significatif entre l'usage des tranquillisants mineurs et le risque d'accidents de la route. Malheureusement, la consommation d'alcool et son rôle possible dans ces accidents n'ont pas été déterminés (Skegg, Richards et Doll, 1979).

La dépendance et l'apparition de symptômes de sevrage sont des faits reconnus après administration de doses thérapeutiques de benzodiazépines. Néanmoins, peu d'études systématiques ont été effectuées sur les problèmes associés au sevrage découlant d'un usage normal et il est extrêmement difficile de donner des chiffres quant au nombre de personnes qui dépendent à l'heure actuelle des médicaments anxiolytiques (Preskorn et Denner, 1977; Covi et al., 1973; Pevnick et al., 1978; Greenblatt et Shader, 1978). Selon une étude (Tyrer et al., 1981), l'incidence élevée des symptômes de sevrage laisse supposer qu'une proportion importante de malades qui consomment des anxiolytiques de façon chronique sont pharmacologiquement dépendants. La thérapie à court terme, d'une durée inférieure à quatre semaines, ne produira pas de dépendance, croit-on, ni de problème de sevrage (Sellers, 1978).

Il semblerait que les anxiolytiques soient contre-indiqués pour des troubles caractérisés par un comportement agressif, parce qu'ils accroissent l'hostilité (Workman et Cunninghan, 1975; Brown, 1978). Il a aussi été observé que le diazépam semble être associé à l'augmentation des idées suicidaires. Dans une étude à ce sujet (Hall et Jaffe, 1972), les sujets du groupe placebo ne développaient de tels symptômes. Ces résultats pourraient expliquer en partie le fait que les benzodiazépines aient été trouvées inférieures au groupe placebo pour le traitement de la dépression.

Combinaison anxiolytiques et psychothérapies

La littérature dans ce domaine est complexe et quelque peu difficile à interpréter. Hollon et Beck (1978) décrivent les trois premières études (Gibbs, Wilkins et Lauterbach, 1957; Lorr et al., 1961;

cerveau. Comme on l'a déjà mentionné, la sismothérapie semble donner de meilleurs résultats chez des malades schizophrènes sévèrement retirés et dans la dépression sévère. Pour les malades qui ne répondent pas aux médicaments antidépresseurs, la sismothérapie peut être le seul traitement. « Sans ce traitement, plusieurs malades se suicideraient », rapporte le docteur Malcolm Duncan, psychiatre américain. Au cours d'une étude sur la sismothérapie qui a duré huit ans, le National Institute of Mental Health des États-Unis a démontré que seulement un patient sévèrement déprimé sur neuf n'a pas répondu à ce traitement. Tous les autres malades étaient encore asymptomatiques au moins un an après le traitement.

Ceux qui s'opposent à la sismothérapie basent leur argument sur le fait que la procédure endommage le cerveau de façon permanente surtout en ce qui a trait à la mémoire. Les troubles de mémoire récents surviennent sans aucun doute, mais ils durent habituellement peu de temps. Seulement dans de rares cas, rapporte le docteur Melvin Sabshin de l'Association psychiatrique américaine, les pertes de mémoire durent plus longtemps. Selon le docteur Peterson de l'hôpital d'Oakland, les campagnes contre la sismothérapie représentent le rejet d'une autre ère de la psychiatrie : « Les gens qui sont maintenant fâchés ont reçu pour la plupart de la sismothérapie depuis plus de 20 ans et fort probablement dans des conditions défavorables et sans un consentement informé », rapporte-t-il. La loi en Californie demande actuellement que les malades sachent à l'avance les possibilités de perte temporaire de mémoire. Plusieurs psychiatres américains soutiennent que ceux qui protestent contre la sismothérapie représentent une minorité. Une enquête récente démontre que la grande majorité des malades qui ont reçu de la sismothérapie croient que cette procédure leur a été bénéfique. « Les gens qui ont reçu des bénéfices positifs sont peu disposés à en parler », rapporte le docteur Sabshin. « Leur point de vue n'est pas connu. » Selon lui, si on abolit l'utilisation de la sismothérapie en Californie, cette procédure enlèvera aux malades leur droit à un traitement efficace et établira un précédent dangereux. Il conclut que les problèmes médicaux sont rarement résolus par les politiciens (Newsweek, 1982).

En retournant aux ouvrages de Fink (1979) et de Breggin (1979), nous pouvons nous demander si l'électrochoc a une place dans le traitement des malades mentaux. Il semble que, présentement, la sismothérapie a sa place particulièrement dans le traitement des dépressions très sévères. C'est toutefois une place qu'il faut définir

plus clairement et évaluer scientifiquement. L'Association des psychiatres du Canada apporte le commentaire suivant: « Nous recommandons vivement la poursuite de la recherche et des publications sur ce sujet. La position de l'association sur l'électrochoc devrait être révisée périodiquement, au moins tous les cinq ans » (Pankratz, 1980).

En ce qui a trait à l'administration de la sismothérapie, nous citons le protocole de sismothérapie de Lepage et Tétrault (1980) dans lequel ces auteurs prônent un usage plus rationnel de la sismothérapie. Retenons de ce rapport les points suivants:

a) Le consentement du malade: dans le cas d'une personne incapable de donner un consentement valable, sauf urgence, seul le curateur à la personne peut autoriser les traitements. Le consentement ou le refus doit se faire sur la base d'informations suffisantes quant à la nature et aux effets désirables et indésirables du traitement. Cette information devrait inclure la possibilité de risques accrus en présence de certaines pathologies médicales, la question des troubles mnésiques transitoires de même que les risques courus si la sismothérapie n'est pas donnée.

b) La sismothérapie d'entretien: elle pourra être prescrite chez les déprimés qui recherchent rapidement un résultat et chez qui une médication d'entretien est inefficace ou contre-indiquée. La fréquence des traitements peut varier de un par semaine à un par trois mois. On suggère de réduire la fréquence graduellement et de cesser après quelques mois passés sans rechute.

c) L'utilisation d'un protocole de sismothérapie dans les hôpitaux de façon à interdire l'utilisation de cette procédure dans les circonstances où « la tradition » autorise un tel recours.

d) L'incitation à un travail plus réfléchi doublé de la protection d'un deuxième avis professionnel.

e) Le renouvellement de l'équipement qui devrait permettre d'administrer les traitements en unilatéral en contrôlant le temps et le voltage.

f) L'uniformisation au Québec de l'utilisation et des modalités d'application de la sismothérapie.

Conclusion

En conclusion, il semble évident qu'avec la découverte de meilleurs traitements psychiatriques, l'utilisation de la sismothérapie continuera à décroître avec les années. De plus en plus, elle ne sera utilisée qu'en dernier ressort chez des malades pour qui toutes les autres tentatives thérapeutiques auront échoué. En dépit du besoin de recherche évident sur ce mode de traitement, il reste que la sismothérapie peut encore éviter plusieurs suicides. L'uniformisation des indications et d'un protocole bien défini à l'échelle de la province pourrait au moins aider à diminuer les disparités régionales évidentes et à faire en sorte que les malades soient mieux traités.

La pharmacothérapie

Ce chapitre vise à recueillir l'information concernant la recherche sur l'efficacité des médicaments utilisés dans le traitement des troubles psychiatriques. Les médicaments utilisés dans les traitements psychologiques peuvent être catégorisés de la façon suivante (Hollon et Beck, 1978):

1. Les neuroleptiques ou tranquillisants majeurs qui sont surtout utilisés dans le traitement de la schizophrénie et de la psychose maniaco-dépressive.
2. Les anxiolytiques ou tranquillisants mineurs surtout utilisés comme traitement de l'anxiété.
3. Les antidépresseurs qui, comme leur nom l'indique, servent dans le traitement de la dépression.
4. Le lithium surtout utilisé dans la dépression sévère et dans la psychose maniaco-dépressive.

Les neuroleptiques ou tranquillisants majeurs

La découverte des médicaments utilisés dans le traitement des psychoses a eu lieu au début des années 50. Delay et Deniker (1952) avaient observé l'effet tranquillisant de la chlorpromazine, observation qui donne lieu à l'application expérimentale de ce médicament avec des patients schizophrènes. À la même période, la réserpine, composante active de la plante Rauwolfia Serpentina, utilisée par les patients natifs de l'Inde comme tranquillisant, est introduite dans le champ de la psychiatrie. Les effets antischizophréniques de ces médicaments causent un véritable changement dans le traitement de ces désordres et conduisent à une meilleure utilisation de la thérapie de milieu, de la thérapie de groupe, de la thérapie occupationnelle et de la psychothérapie en général en ce qui concerne la schizophrénie. L'utilisation de la psychothérapie devient donc possible du fait que les aspects les plus destructifs de la maladie peuvent être mieux contrôlés. Ces changements ont eu pour résultat la réduction massive du nombre de malades schizophrènes hospitalisés. La schizophrénie est une des maladies les plus graves que la société moderne connaisse. Son coût annuel a été évalué à 14 milliards de dollars aux États-Unis

et on estime que 2 % de la population souffrira au cours de sa vie d'un épisode psychotique nécessitant une hospitalisation (Babigian, 1975; Mosher, Gunderson et Buschsbaum, 1973).

Principales propriétés des neuroleptiques

Les neuroleptiques possèdent les principales propriétés suivantes:

1. Ils provoquent un ralentissement de l'activité psychologique et motrice sans pour autant induire le sommeil. À cause de cette action, ils inhibent donc surtout l'agitation et l'agressivité.
2. Ils amènent aussi une diminution ou une guérison complète du délire et des hallucinations.

Effets secondaires

Malheureusement, les neuroleptiques produisent également des effets secondaires désagréables pour le malade et disgracieux pour son entourage. Plusieurs personnes ont sans doute vu des malades qui présentent une attitude figée, un faciès peu expressif, une démarche raide et de légers tremblements des mains. Ces signes ne font pas partie de la maladie, mais sont dus à la prise de tranquillisants. Ces symptômes demeurent aussi longtemps que persiste le traitement mais, bien qu'ils soient saisissants, ils ne sont pas dangereux, du moins à court et à moyen terme. En raison de ces effets secondaires désagréables et continus, il est donc recommandé de limiter l'administration des tranquillisants aux grands malades psychiatriques (Fondation pour la recherche sur les maladies mentales, 1982c).

La dyskinésie tardive

Le plus grand problème causé par les neuroleptiques est sûrement la dyskinésie tardive, syndrome qui peut être irréversible. Ce syndrome peut survenir après une administration prolongée de neuroleptiques. Le malade présente alors des mouvements involontaires qui varient de lieu et de forme et qui impliquent le plus souvent la bouche, les lèvres et la mâchoire et par des mouvements anormaux du cou, du tronc ou des membres. Chouinard a démontré que la dyskinésie tardive apparaissait chez au moins 31 % des schizophrènes traités aux neuroleptiques et surtout chez des malades âgés et chez ceux qui ont eu de longues hospitalisations. À lui seul, ce problème grave soulève l'importance de la découvert de nouveaux médicaments qui soient moins dangereux pour le malade à long

terme tout autant que la recommandation de ne prescrire des neuroleptiques qu'aux grands malades psychotiques et de suivre de très près leur évolution.

Dosages

Le médicament peut être pris 3 à 4 fois par jour surtout durant la phase aiguë de la maladie; lorsque l'état du malade le permet, une dose unique, de préférence au coucher, suffit dans la plupart des cas. Les patients doivent consulter leur médecin de façon périodique pour réviser leur médication car le processus des maladies mentales est dynamique et les besoins du malade sont par conséquent sujets à variation. D'ailleurs, le clinicien doit continuellement faire un effort de façon à donner au patient une dose thérapeutique minimale.

Comme nous venons de le voir, les tranquillisants, décrits également sous le nom de neuroleptiques, comprennent une catégorie de médicaments qui provoquent une sédation marquée, qui agissent sur l'agitation et l'agressivité des malades souffrant de troubles mentaux sévères, qui améliorent ou guérissent le délire et les hallucinations, mais qui sont également la cause d'effets indésirables et désagréables autant pour le malade que pour sa famille. Malgré les problèmes qu'ils engendrent, il reste que les neuroleptiques ont permis la guérison de plusieurs patients et à plusieurs malades schizophrènes d'être traités en clinique externe. À cause des désagréments causés par ces médicaments, plusieurs patients cessent spontanément leur médication, et ce bien souvent avec l'accord de leurs proches. L'arrêt brusque de la médication occasionne bien souvent des rechutes qui, malheureusement, auraient pu être évitées. Plusieurs équipes de recherche tentent de mettre au point de nouveaux médicaments qui seraient tout aussi efficaces que les tranquillisants sans pour autant incommoder le malade.

Efficacité des neuroleptiques

La grande majorité des études indiquent que les neuroleptiques sont supérieurs au placebo dans le traitement de la schizophrénie aiguë ou chronique (Cole et Davis, 1969; Davis, 1975; Chouinard, 1976). Dans les études en pharmacologie, le placebo se définit comme un comprimé ou une capsule qui a la même forme et la même couleur que le médicament étudié, mais qui ne contient aucune substance pharmacologique active. Dans une étude conduite par le National Institute of Mental Health aux États-Unis, deux tiers des malades se sont améliorés par la thérapie aux neurolepti-

ques, seulement un dizième des malades ne montrent aucune amélioration significative et aucun n'a vu son état empirer. Quant au groupe placebo, seulement un quart des malades de ce groupe montraient une légère amélioration et la moitié des sujets ne montraient aucun changement significatif; bien au contraire, ils montraient souvent une détérioration.

Étant donné la prolifération des médicaments neuroleptiques, on peut se poser la question à savoir si ces nouveaux médicaments sont plus efficaces que la chlorpromazine dans le traitement de la schizophrénie en général et avec des symptômes spécifiques ou des sous-types de patients. On pourrait donc s'interroger à propos de la différence dans la qualité de l'amélioration obtenue par les diverses phénothiazines. Selon May (1975), il n'y a pas de grande différence entre les phénothiazines ou neuroleptiques à l'exception de la mépazine et de la promazine qui semblent être moins efficaces. En plus, des changements dans la symptomatologie produits par les différentes phénothiazines se font dans les mêmes proportions. Leur similarité très frappante suggère donc que ces médicaments agissent par le même mécanisme. Les différences entre les neuroleptiques se situent au niveau de la dose et des effets secondaires. Les neuroleptiques les plus forts à doses plus légères, tels que la trifluoperazine, la perphenazine et la fluphénazine, ont plus tendance à donner des effets secondaires extra-pyramidaux. Les doses élevées des autres phénothiazines, telles que la chlorpromazine, la thioridazine, l'acétophénazine et la triflupromazine, produisent d'autres effets secondaires (May, 1975).

Si tous les neuroleptiques ont le même degré d'efficacité, il reste à savoir comment choisir le meilleur pour un malade donné. Des auteurs affirment qu'il n'existe pas de raisons valables pour préférer un type particulier de phénothiazine pour un sous-type particulier de malades. D'autres soutiennent l'idée que les patients hyper-excités réagissent mieux à la chlorpromazine parce que c'est une phénothiazine sédative tandis que les patients plus isolés réagissent mieux aux phénothiazines telles que la fluphénazine et la trifluoropérazine (stelazine) (May, 1975). Il est généralement accepté que même s'il n'y a pas d'indication particulière pour l'un ou l'autre neuroleptique, il y a des sujets qui ne répondent pas à un type de neuroleptiques, mais qui le font à un autre. Pour le malade moyen, la plupart des changements ont lieu dans les six premières semaines mais d'autres changements peuvent continuer à se produire dans les 12 ou 18 semaines suivantes. Il y a des malades qui montrent un changement

presque immédiat, soit en une seule journée ou en quelques semaines; d'autres peuvent s'améliorer de façon lente et graduelle en l'espace de plusieurs mois. En général, un seul médicament doit être utilisé à la fois et l'utilisation de plusieurs médicaments est rarement indiquée. Quant au traitement d'entretien, Chouinard (1976) conclut qu'il existe une évidence statistique fort impressionnante à l'effet que la médication antipsychotique prévienne les rechutes chez les schizophrènes. Enfin, selon May (1975) il n'est pas justifié d'appeler les phénothiazines des tranquillisants étant donné que ces médicaments ne produisent pas un effet de tranquillité chez les sujets normaux. Les symptômes réduits par les neuroleptiques sont typiques pour la schizophrénie en particulier et pour la psychose en général; selon cet auteur, l'appellation appropriée serait davantage celle d'antipsychotiques.

Études comparatives

La comparaison entre les neuroleptiques et la psychothérapie a surtout été évaluée dans le traitement de la schizophrénie. Cependant, avant de présenter la recherche dans ce domaine, il faut souligner qu'en ce qui concerne la littérature qui évalue médicaments et psychothérapie, les procédés de contrôle sont particulièrement difficiles. La comparaison entre deux traitements très différents, soit les médicaments et la psychothérapie, tous deux potentiellement actifs, demande que les résultats et leurs interprétations soient obtenus avec un maximum de précautions et de rigueur. De plus, les études comparatives entre les médicaments et la psychothérapie dans le traitement de la schizophrénie présentent des facteurs particuliers auxquels il faut prêter une attention spéciale. Par exemple, la maladie est-elle aiguë ou chronique? Les malades sont-ils hospitalisés ou résident-ils dans la communauté? Les hospitalisations sont-elles récentes ou fréquentes? Se répètent-elles? Selon May (1975), le problème le plus souvent rencontré dans la recherche comparative est celui du manque de contrôle des autres traitements que les sujets pourraient recevoir en même temps. Même s'il y a quelques rapports dans la littérature qui révisent l'application de la psychothérapie pour la schizophrénie, il y a eu peu d'intérêt pour continuer de telles études à la suite de la publication des résultats essentiellement négatifs de May (1968) et de Grinspoon, Ewalt et Shader (1972). Ces recherches démontraient que des traitements par la médication de patients hospitalisés étaient plus efficaces que la psychothérapie seule et que la combinaison médication et psychothérapie n'était pas plus efficace que la médication seule. Ces

résultats étaient obtenus en utilisant une série de mesures d'efficacité et en employant des psychothérapeutes de divers niveaux d'expérience. Les résultats de ces investigations ont été résumés par Feinsinger et Gunderson (1972), qui ont trouvé seulement cinq études décrivant le traitement psychothérapeutique des schizophrènes avec recours à des groupes contrôles appropriés. Ces auteurs conclurent que les résultats de May (1968) devaient être acceptés. May avait trouvé que la psychothérapie de soutien, donnée à des malades schizophrènes en phase aiguë une ou deux fois par semaine pour une période d'un an par des thérapeutes relativement inexpérimentés avait peu ou pas d'avantage sur l'utilisation des médicaments seuls en termes de résultats thérapeutiques. Dans l'étude de l'équipe de Grinspoon, on administrait une psychothérapie d'orientation psychanalytique à des schizophrènes chroniques, et ce par des analystes expérimentés, au rythme d'au moins deux séances par semaine pendant deux ans. Ces auteurs ont trouvé que les malades montraient peu ou pas de bénéfices lorsqu'ils étaient comparés à des malades du groupe contrôle qui recevaient un traitement médicamenteux dans un hôpital psychiatrique.

La principale étude de May (1968) et sa postcure de cinq ans (May, Tuma et Dixon, 1976) sur les premières admissions de patients schizophrènes a également démontré que les malades qui recevaient des médicaments (stelazine ou chlorpromazine) montraient la meilleure réponse à une variété de mesures. Les malades qui recevaient des médicaments en plus d'une psychothérapie de soutien orientée vers la réalité, avec une moyenne de 49 heures par malade, ne répondaient guère mieux que les patients qui recevaient de la médication seule. Toutes les autres conditions de traitement (électrochocs, milieu de thérapie, psychothérapie seule) étaient moins efficaces. La postcure de cinq ans démontra que les malades traités uniquement par psychothérapie ont présenté le plus grand nombre de rechutes. Hollon et Beck (1978) concluent de leur revue de la littérature que les médicaments seuls sont le traitement le plus efficace pour des schizophrènes récemment admis à l'hôpital psychiatrique et que la psychothérapie n'ajoute que peu de bénéfices. Dans leurs conclusions générales, Hollon et Beck sont concernés par les problèmes méthodologiques. Du point de vue des conclusions principales, ils rapportent que, dans le traitement des schizophrènes, l'efficacité des médicaments et l'efficacité de la psychothérapie ont été assez bien établies. Les traitements combinés ne sont en général pas plus efficaces que le traitement par médication

seule. En ce qui a trait aux issues méthodologiques, ils rapportent que l'effet des médicaments, des psychothérapies et de leur combinaison devrait être évalué en relation avec des groupes spécifiques et des types spécifiques de problèmes. Les modalités thérapeutiques devraient également être définies de la façon la plus explicite possible tout comme devraient l'être les autres variables pertinentes. Dans l'ensemble, ils concluent que « la littérature comparative semble être dans son enfance ».

La faille méthodologique la plus importante dans la majorité des études est la spécification inadéquate des groupes de malades. Ceci inclut l'absence de spécification des caractéristiques démographiques évidentes des malades, mais aussi des diagnostics, de la longueur de la maladie, de la réponse à des traitements antérieurs, de l'histoire du développement et de l'histoire familiale. Une deuxième faille dans plusieurs études est l'utilisation de populations de sujets qui sont trop petites pour qu'on détecte des effets réels des médicaments même s'ils existent. L'équipe de Klein (1980) recommande que les groupes expérimentaux contiennent au moins 30 sujets. Un autre problème porte sur l'utilisation des doses fixes de médicaments. Si une étude pilote n'a pas établi une dose probablement efficace, il est alors possible que l'évaluation complète des effets du médicament soit perdue. Il est donc recommandé que le clinicien évaluateur puisse avoir l'option d'augmenter les dosages thérapeutiques lorsqu'une réponse clinique appropriée n'est pas obtenue. Dans d'autres études, la médication active est donnée pour une période trop courte. Cela peut conduire à une situation où les effets cumulatifs du médicament ne sont pas évalués. Un autre aspect de ce problème est le besoin d'établir des courbes doses-effets et de les faire pour chaque entité diagnostique. Ces problèmes de recherches en psychopharmacologie tels qu'ils ont été décrits par l'équipe de Klein peuvent expliquer toutes les différences qui se font jour dans la littérature. Ils soulignent donc le besoin d'amélioration dans la méthodologie aussi bien que le besoin de faire d'autres projets de recherches sur ce sujet.

Les neuroleptiques en relation avec les rechutes

L'efficacité des médicaments neuroleptiques pour le traitement de la schizophrénie aiguë a été établie en se basant sur les résultats de plusieurs études bien contrôlées, à double insu (Davis et al. 1980). Les patients qui reçoivent des neuroleptiques montrent des améliorations marquées lorsqu'ils sont comparés à des malades qui

Lorr et al., 1962) dans lesquelles des patients névrotiques ont reçu soit de la psychothérapie seule ou une combinaison avec la chlorpromazine, le méprobamate ou le chlordiazépoxide. Bien que de nombreux patients aient été étudiés, les trois investigations ont fourni peu d'informations en ce qui regarde les effets de la combinaison anxiolytiques-psychothérapies. Cela est dû à plusieurs raisons: 1) l'hétérogénéité des échantillons; 2) l'absence d'analyses par des sous-types diagnostiques; 3) la courte durée du traitement et le manque de spécificité des psychothérapies; 4) le taux élevé de défections dans les études.

Au cours des années 60 et au début des années 70, quatre autres études cliniques contrôlées ont porté sur les interactions des anxiolytiques et de la psychothérapie. Toujours selon Hollon et Beck (1978), trois des quatre études ont trouvé des avantages significatifs de la combinaison anxiolytiques-psychothérapie sur la psychothérapie seule. Cependant, les critiques de ces études incluent le fait que la psychothérapie était donnée pendant une très courte période de temps (4 semaines), que la nature de la psychothérapie n'était pas spécifiée et qu'un seul thérapeute participait à chaque expérience, limitant ainsi la possibilité de généraliser les résultats.

Dans une revue par Luborsky, Singer et Luborsky (1975), ce même détail a été également examiné. Dans un effort pour rationaliser leurs conclusions, ces auteurs ont rapporté que dans les cas où la médication était utilisée seule et qu'elle était comparée à la psychothérapie seule, sept des huit comparaisons montraient que le traitement par médicaments était supérieur. Lorsque le traitement médicamenteux était ajouté à la psychothérapie et que la combinaison était comparée à la psychothérapie seule, treize des seize études ont démontré que la combinaison de traitements était supérieure. Lorsque le traitement médicamenteux plus la psychothérapie étaient comparés aux médicaments seuls, cinq des onze études arrivaient à des résultats égaux et six rapportaient que la combinaison était supérieure. Ces divers rapports impliquent donc que la thérapie par les anxiolytiques, soit seule ou en combinaison, tend à être meilleure que la psychothérapie seule lorsqu'elle est appliquée chez des malades non psychotiques. Luborsky et al. (1975) n'ont pas présenté une évaluation de chaque étude en détail et ils ont probablement été moins critiques que Hollon et Beck (1978) sur certains des protocoles expérimentaux, sur la sélection et les failles statistiques qu'on retrouvait dans ces recherches. Un estimé plus conservateur suggérerait qu'il peut y avoir des bénéfices limités en

combinant les anxiolytiques avec la psychothérapie pour des malades névrotiques, mais que seulement la recherche future, en utilisant des critères de diagnostic plus précis, de même que des évaluations thérapeutiques plus fiables, pourra résoudre les inconsistances apparentes.

En plus des problèmes de contrôle qui existent, on retrouve également des problèmes d'interprétation lorsqu'on examine les interactions entre deux ou plusieurs traitements. Par exemple, Uhlenluth, Lipman et Covi (1969) suggèrent qu'il existe quatre types possibles d'interactions qui peuvent survenir. Ce sont: 1) l'addition, lorsque deux effets séparés de chaque traitement s'additionnent de façon linéaire; 2) la potentialisation, lorsque les effets des deux traitements sont plus grands que la simple addition de l'effet de chaque traitement séparé; 3) l'inhibition, lorsque les effets de la combinaison sont moindres que les effets de chaque traitement seul et 4) la réciprocité, lorsque l'action conjointe de deux traitements est égale ou plus grande que les effets de chaque traitement individuel. En tenant compte du fait que plus d'une mesure des résultats est habituellement utilisée, il est souvent possible que différents modèles d'interactions surviennent simultanément.

L'énoncé le plus frappant sur la nature de l'interaction entre les médicaments et la psychothérapie a été fait par Karasu (1981). Après avoir revu la littérature des années 70, il conclut que la psychothérapie et la pharmacothérapie tendent à s'additionner dans leurs effets. Cependant, même s'il y a une possibilité d'intégration, chaque traitement a des effets différentiels. Les médicaments ont leur manifestation majeure sur la diminution des symptômes et la détresse affective alors que la psychothérapie influence plus directement les relations interpersonnelles et l'ajustement social. Chaque traitement est activé et soutenu de façon différente dans le temps. Les médicaments peuvent donner des effets plus tôt, leur action peut être de durée plus courte et ils peuvent être utilisés de façon prophylactique. Les résultats de la psychothérapie peuvent se révéler beaucoup plus tard et peuvent durer plus longtemps. Finalement, de façon plus spéculative, on peut avancer que les médicaments peuvent être plus utiles s'ils sont limités dans le temps alors que la psychothérapie peut être davantage utile pour des désordres qui sont plus chroniques.

Les antidépresseurs

On retrouve de la dépression chez à peu près 3 % de la population et, de quelque intensité qu'elle soit, elle est toujours temporaire. Même sans aucun traitement, elle peut durer jusqu'à 6-7 mois et rentrer dans l'ordre par la suite. Malgré sa faible incidence dans la population en général et sa durée limitée, il reste que plusieurs déprimés doivent être aidés à cause de leur souffrance morale et des dangers de suicide. C'est pourquoi les médicaments contre la dépression, appelés les antidépresseurs, peuvent être d'une grande utilité dans le traitement des malades déprimés (Fondation pour la recherche sur les maladies mentales, 1982a).

Historique

Il faut souligner que la découverte des médicaments antidépresseurs a été purement fortuite. En effet, un spécialiste en médecine interne s'aperçut qu'un traitement efficace contre la tuberculose rendait les malades euphoriques. Il confia son observation à des collègues psychiatres qui administrèrent le même médicament à des déprimés et notèrent une nette amélioration de leur humeur. De son côté, c'est en évaluation un nouveau composé biochimique qu'un clinicien suisse observa que ce médicament était totalement inefficace dans le traitement de la schizophrénie, mais donnait des résultats surprenants dans le traitement de la dépression. Ces constatations démontrent que plusieurs découvertes scientifiques surviennent lors d'observations cliniques plutôt qu'au cours des études en laboratoire chez l'animal.

Efficacité

L'efficacité des antidépresseurs est jugée à partir d'études contrôlées et en comparaison avec d'autres traitements. Des 96 études révisées par Cole et Davis (1975), dans leur compilation des évaluations contrôlées à double insu des médicaments antidépresseurs, 65 études montrent que les antidépresseurs sont supérieurs au placebo alors que, dans 31 études, les résultats sont égaux au placebo. Selon cette compilation, des 38 études comparant l'imipramine à un placebo, 26 montraient que le traitement par imipramine était supérieur au placebo.

Effets bénéfiques

a) Les tricycliques (imipramine, amitriptyline, désipramine)

Avec des patients sévèrement déprimés, les tricycliques donnent lieu à une réduction importante de la dépression et à une amélioration évidente du comportement. Un fait important, c'est que ces changements se produisent dans les trois premières semaines du début du traitement. Si un malade ne répond pas au traitement dans les trois premières semaines, la probabilité est grande qu'il ne pourra pas être traité par ces médicaments. En plus, la réponse au traitement dans les trois premières semaines prédit bien souvent le résultat thérapeutique. En général, la recherche montre que 70 % des patients sont aidés par les tricycliques, en comparaison de 40 % par un placebo. Ceci veut dire que les chances de guérison dans les trois premières semaines doublent si les tricycliques sont utilisés en lieu et place d'un placebo (Cole et Davis, 1975).

Les tricycliques sont les médicaments antidépresseurs les plus efficaces. Une des questions importantes concernant le déroulement du traitement est celle qui se rapporte à la discontinuation de la médication. Étant donné que la dépression est un désordre qui récidive, la question se pose donc de savoir si un traitement continu pourrait empêcher les rechutes. L'étude de Mindham et al. (1972) indique que l'utilisation de l'amitriptyline ou de l'imipramine pendant 15 mois à des doses de maintien évite les rechutes. Seulement 22 % des sujets dans le groupe de maintien montrent des rechutes alors que dans le groupe placebo, le taux de rechute est de 50 %. Cependant, il n'existe pas de données qui peuvent aider le clinicien à détecter le type de patient qui peut bénéficier d'un traitement de maintien.

b) Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)

Toujours selon Cole et Davis (1975), il existe des malades qui ne répondent pas au traitement par tricycliques, mais qui répondent aux IMAO. Étant donné que les tricycliques sont le traitement de choix, ils sont utilisés en premier et les IMAO suivent en cas d'échec. L'idée existe que les drogues tricycliques répondent mieux aux dépressions endogènes alors que les IMAO agissent autant sur les dépressions secondaires et les phobies. La recherche visant à savoir quel type de patient en particulier peut être aidé par tel ou tel type d'antidépresseurs est primordiale. Cependant, les études existantes ne permettent pas d'arriver à des conclusions finales à ce

sujet. À cause des dangers de crise d'hypertension artérielle, les IMAO sont peu prescrits de nos jours.

Effets secondaires

Les différents tricycliques produisent en général des effets secondaires semblables. Les plus fréquents sont la sécheresse de la bouche, des palpitations, de la tachycardie, une perte d'accommodation visuelle, de l'hypotension orthostatique, des étourdissements, de la constipation et de l'oedème (Chouinard, 1977). En général, les effets secondaires dus aux tricycliques ne sont pas très sévères. Ils diminuent après les premières semaines de traitement et peuvent être facilement réglés par un ajustement de la dose du médicament. Quant aux effets secondaires au niveau du système nerveux central, on retrouve principalement des tremblements au niveau des extrémités supérieures.

Études comparatives antidépresseurs-psychothérapies

a) Pour la dépression

Hollon et Beck (1978) font remarquer que même si plusieurs investigations ont démontré que les tricycliques et les IMAO diminuent la dépression autant chez des patients déprimés unipolaires que bipolaires, très peu d'études ont comparé les psychothérapies traditionnelles et les techniques de thérapie comportementale avec des groupes contrôles dans des populations cliniques. L'interaction médicament-psychothérapie a également été très peu étudiée et seulement 7 études ont été révisées (Daneman, 1961; Covi et al. 1974; Friedman, 1975; Klerman et al. 1974; Weissman et al. 1974; Rush et al. 1977; Davenport et al. 1975). La conclusion rapportée par Hollen et Beck peut se résumer brièvement de la façon suivante: la médication antidépressive tricyclique seule diminue effectivement les symptômes dépressifs. Les psychothérapies traditionnelles (thérapie individuelle d'orientation analytique, thérapie de groupe d'orientation analytique, thérapie de couple et psychothérapie interpersonnelle) semblent n'avoir aucun effet sur les symptômes dépressifs, mais peuvent être bénéfiques pour certains aspects du fonctionnement social. La thérapie cognitive telle que définie par Rush et al. (1977), fut le seul type de psychothérapie qui a été rapporté comme diminuant les symptômes dépressifs et comme étant plus efficace que la médication tricyclique. Hollon et Beck considèrent que, au mieux, la combinaison de traitements peut ouvrir le spectre du phénomène en cause.

Depuis la revue de Hollon et Beck, Weissman (1979) a donné une évaluation plus à jour de la littérature et a inclus un nombre de recherches qui n'étaient pas dans l'analyse de Hollon et Beck. Cet auteur rapporte qu'une revue de 200 articles faite en 1975 par Liberman concluait qu'aucune étude contrôlée de la psychothérapie n'incluait un échantillon de patients déprimés diagnostiqués de façon adéquate et n'utilisait des échantillons de sujets de plus de dix malades. La plupart des études de la dépression incluaient des populations non choisies d'individus troublés chez qui des éléments dépressifs accompagnaient d'autres désordres, mais pour qui la dépression n'était pas nécessairement le premier diagnostic. Ces conclusions ont également été rapportées par Cristol (1974) et par l'équipe de Luborsky (1975) dans leur revue des diverses études sur ce sujet. Cependant, depuis ce temps, la situation a changé et la revue faite par Weissman a rapporté 17 études contrôlées qui traitaient directement du traitement psychologique de la dépression. Certaines de ces études consistaient en une comparaison de la psychothérapie avec un groupe contrôle sans traitement, d'autres évaluaient la comparaison de la psychothérapie avec une thérapie médicamenteuse et enfin d'autres évaluaient l'interaction des deux modes de traitements. En révisant les 17 études, il apparut que cinq d'entre elles étaient encore en cours en 1979, de telle sorte que les données complètes n'étaient disponibles que pour 12 projets de recherche. Ces études, groupées sous les titres de thérapie cognitive, thérapie comportementale, thérapie interpersonnelle, thérapie de groupe et thérapie conjugale, représentent des approches à court terme. Par exemple, l'approche cognitive était utilisée pendant environ cinq semaines alors que la thérapie interpersonnelle était administrée durant environ 24 semaines. Le nombre de malades participant aux diverses expériences variait de 24 à 196 patients.

Aucune analyse formelle des données d'ensemble n'a été faite. En dépit de ces limitations, Weissman a quand même tiré certaines conclusions. Elle rapporta que la thérapie cognitive était plus efficace que la thérapie comportementale, qu'une thérapie par des médicaments ou que l'action procurée par la mise sur une liste d'attente des sujets. Cependant, elle mentionna également que l'échantillon des sujets d'expérience était habituellement petit (moins de 10 sujets par groupe expérimental) et que seulement une des cinq études a utilisé des critères diagnostiques de recherche. En ce qui regarde les six études complétées de la thérapie comportementale, Weissman a rapporté qu'une thérapie d'autocontrôle produisait une plus

grande amélioration que la liste d'attente ou que la participation à un groupe sans but spécifique, que la thérapie d'autocontrôle était également plus efficace que l'entraînement aux habiletés sociales et que les groupes qui avaient des programmes d'activités quotidiennes réussissaient beaucoup mieux que les groupes qui étaient non directifs. Des trois études sur la psychothérapie interpersonnelle, une était encore en cours de telle sorte que les données n'étaient disponibles que pour seulement deux études. Les résultats montrèrent que la thérapie interpersonnelle et la thérapie par médication étaient plus efficaces que les conditions placebo, que la thérapie par médication antidépressive réduisait le taux de rechute et que la combinaison médication et thérapie interpersonnelle additionnait leurs effets. Les deux études sur la thérapie de groupe et la thérapie conjugale montrèrent que les malades s'amélioraient davantage en comparaison avec les groupes contrôles et que les effets de la psychothérapie combinée avec un médicament antidépresseur s'additionnaient également.

Au total, il semble que toutes formes de psychothérapies pour les malades déprimés produisent de meilleurs résultats que de ne rien faire ou d'avoir des contacts limités. Il semble donc que la médication seule est efficace et que les effets de la psychothérapie plus la médication s'additionnent bien souvent. Ces résultats sont cependant limités par les restrictions qui ont été émises auparavant, c'est-à-dire des périodes relativement brèves de traitement, une prise de médication limitée, des échantillons comprenant un petit nombre de malades et un manque d'évaluation diagnostique standardisée. Les conclusions de Weissman représentent donc une vue optimiste des effets d'une interaction des médicaments et de la psychothérapie pour le traitement de la dépression.

b) Pour les phobies et les états anxieux

Plus récemment, un certain nombre de recherches a comparé l'efficacité des médicaments combinés avec la psychothérapie dans le traitement des états anxieux et phobiques (Lipsedge et al. 1973; Solyom et al. 1973; Zitrin et al. 1976). Dans chacune de ces expériences, les échantillons de malades étaient relativement homogènes, la plupart étant des agoraphobes, les techniques de thérapie étaient assez explicites et tous les patients utilisèrent une médication antidépressive, soit un médicament tricyclique ou un IMAO. Les résultats de ces études ont démontré que les médicaments seuls ou les médicaments combinés avec une technique psychothérapeuti-

que étaient également efficaces et faisaient beaucoup mieux que le placebo chez les patients agoraphobes. Cependant, on n'a pas pu réussir à démontrer très clairement l'efficacité supérieure de la combinaison de traitements sur l'un ou l'autre traitement administré seul (Hollon et Beck, 1978).

Une étude plus récente et contrôlée sur l'interaction entre les médicaments et la psychothérapie pour les phobies et les attaques de panique a été publiée par Zitrin, Klein et Woerner (1978). Ces auteurs ont comparé trois conditions: la thérapie comportementale avec l'imipramine; la thérapie comportementale avec le placebo; et la thérapie de soutien avec l'imipramine. Les résultats ont indiqué que toute combinaison thérapeutique qui incluait l'imipramine était supérieure pour produire une amélioration marquée ou modérée lorsque cette combinaison était comparée à la thérapie comportementale avec un placebo.

Le lithium

La découverte du lithium est survenue par accident. En 1949, Cade remarque l'effet sédatif du carbonate de lithium chez des cobayes et déduit que le même résultat pourrait être obtenu chez des patients souffrant de manie (Goodman et Gilman, 1970). L'acceptation du lithium comme agent thérapeutique efficace n'est venue qu'après plusieurs années de controverse, surtout en ce qui concerne son efficacité et sa sécurité.

Le lithium est utilisé à long terme en tant qu'agent prophylactique pour prévenir les rechutes des désordres affectifs ou pour diminuer leur intensité. Il sert aussi dans le contrôle des états aigus de manie et dans certaines dépressions.

Une partie de la psychopathologie du maniaco-dépressif dans son état aigu est difficile à différencier de la schizophrénie. Cependant, ces deux désordres présentent des caractéristiques divergentes dont il faut tenir compte tant dans le diagnostic que dans le traitement. Le maniaco-dépressif passe par des hauts et des bas suivis de périodes normales ; il présente une très faible probabilité de détérioration et l'histoire familiale est souvent positive en ce qui concerne les désordres affectifs et l'alcoolisme, et négative en ce qui concerne la schizophrénie. Il est très important que le diagnostic soit approprié étant donné que les probabilités d'amélioration du maniaco-dépressif traité avec le lithium sont excellentes, alors qu'elles sont très pauvres pour le schizophrène (Fieve, 1975).

Le traitement par lithium doit se faire avec supervision clinique suivie. Il est contre-indiqué chez des patients qui présentent des troubles rénaux, des troubles cardiaques manifestes et des troubles neurologiques. Le danger de toxicité est toujours présent dans le traitement par lithium. Pendant une phase maniaque, la tolérance au lithium augmente, mais elle descend une fois l'épisode passé. Une diète normale, avec des niveaux de sodium et d'eau normaux est nécessaire pour le bon fonctionnement de ce traitement.

Efficacité

L'amélioration de la manie par le traitement au lithium prend environ entre 5 à 10 jours. Cette amélioration est soutenue par plusieurs études, soigneusement contrôlées, dans lesquelles le lithium est comparé à un placebo. Selon Fieve (1975), la question des

rechutes dans le traitement de la manie par le lithium qu'on trouve dans certaines études sans groupes contrôles a une explication psychologique plutôt que pharmacologique. Cinq études à double insu, présentant différents plans expérimentaux, arrivent à la même conclusion, c'est-à-dire à la supériorité du lithium par rapport au placebo (Schou et al. 1954; Maggs, 1963; Fieve et al. 1968; Bunney et al. 1968; Goodwin et al. 1969). Quatre autres études ont comparé des effets du lithium avec ceux d'un autre médicament (Wharton et Fieve, 1966; Johnson et al. 1968; Platman, 1970; Spring et al. 1970). Dans les trois premières études, on trouve que le lithium est supérieur à la chlorpromazine dans le traitement de la manie. Seule l'équipe de Spring (1970) n'a pas trouvé des avantages au lithium en le comparant à d'autres médicaments.

Une étude faite en 1971 par l'Administration des vétérans aux États-Unis, basée sur 255 patients dans 18 hôpitaux, conclut qu'une fois l'attaque aiguë passée, le lithium est le traitement de choix.

Dans le traitement de la dépression, Mendels et al. (1972) ont trouvé que le lithium améliore les états dépressifs. Cependant, en 1968, l'équipe de Fieve (1968), dans une étude à double insu, trouve que l'imipramine, un antidépresseur, est plus efficace que le lithium, provoque davantage de réduction des symptômes dépressifs, et ce après trois semaines de traitement. Les résultats des investigations sur le rôle du lithium dans la dépression sont controversés. Il semble que surtout des dépressions de type bipolaire soient affectées par le lithium (Geyer et Gershon, 1973; Fieve, 1975). Chez certains déprimés sévères qui ne répondent pas aux antidépresseurs, certaines études récentes démontrent que l'ajout du lithium dans ces cas peut donner des résultats miraculeux (de Montigny, 1982).

Effets secondaires

Quand le taux de lithium présent dans le sérum du malade est plus élevé que 1,5 mEq/1, plusieurs effets secondaires peuvent se présenter: tremblement des mains, douleurs abdominales, nausées, vomissements, diarrhée, soif et polyurie, fatigue et augmentation de poids. Ces symptômes ont lieu dans les quatre premières semaines. Ils disparaissent spontanément ou avec une réduction de la dose thérapeutique.

Un problème majeur avec le traitement au lithium est que s'il est donné en quantité excessive et que les reins n'arrivent pas à éliminer le médicament adéquatement, le taux de sérum monte à 2,0 mEq/1 et un état d'empoisonnement se produit. Si le patient demeu-

re dans cette situation pendant quelques jours, les risques d'accident grave peuvent survenir. Ce danger dans le traitement par lithium peut être évité avec la surveillance nécessaire du taux de lithium dans le sérum.

Directives aux patients

Les patients qui prennent du lithium devraient recevoir de façon écrite les huit directives suivantes qui sont préconisées par le National Institute of Mental Health (1981):

1. Prendre la médication sur une base régulière telle que prescrite par le médecin.
2. Obtenir régulièrement des tests sanguins pour les taux de lithium.
3. Faire en sorte que le médecin prenne les tests sanguins 8 à 12 heures après la dernière dose de lithium.
4. Informer le médecin si d'autres médicaments sont ingérés de façon simultanée car certains médicaments peuvent changer le taux sanguin de lithium.
5. Avertir le médecin lorsqu'il y a un changement dans la diète puisque, à nouveau, des modifications de la diète peuvent donner des changements du taux de lithium dans l'organisme.
6. Avertir le médecin de tout changement dans la fréquence des mictions et de la perte de liquide comme la diarrhée, les vomissements et la sudation excessive ou de toute maladie puisque l'ajustement de la dose ou des analyses supplémentaires peuvent être nécessaires.
7. Si une patiente qui prend du lithium prévoit devenir enceinte, elle doit en aviser son médecin.
8. Puisqu'il faut un certain temps pour que les changements d'humeur soient complètement contrôlés par le lithium, les malades ne doivent pas se décourager mais continuer à prendre la médication à moins d'avis contraire du médecin.

Recommandations

Les souffrances des personnes atteintes de troubles mentaux ou connaissant d'importants problèmes psychosociaux ne peuvent laisser indifférents. Les difficultés que connaissent les milieux de vie et de travail de ces personnes ou les coûts inhérents à la prise en charge de leurs troubles ou problèmes méritent aussi beaucoup de considération. Aussi, n'est-il pas surprenant qu'on s'intéresse de plus en plus, dans maintes sociétés, à l'efficacité (et à l'efficience) des interventions en santé mentale. Le Comité de la santé mentale du Québec redit l'importance de cette préoccupation grandissante et la croit susceptible de conduire à une réduction de l'incidence et de la prévalence des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux.

Après s'être penché sur une somme considérable de résultats d'études scientifiques relatives à l'efficacité des interventions en santé mentale et considérant la nécessité de viser à réduire davantage l'incidence et la prévalence des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux, le Comité de la santé mentale du Québec juge à propos de faire des recommandations sur cette importante question de l'efficacité des interventions en santé mentale et de les rassembler autour de trois axes: la recherche, l'éducation et la distribution des services.

I. La recherche

A) Recommandations générales ayant trait à la recherche

Compte tenu du fait que nous avons relevé peu de travaux scientifiques venant de chercheurs québécois et que la trentaine de rapports reçus à la suite d'une consultation publique que nous avons réalisée a rapporté peu de données scientifiques, nous nous devons de faire les quatre recommandations générales suivantes:

1. La recherche dans le domaine de la santé mentale est nettement insuffisante au Québec. À ce sujet, toutes les mesures possibles devraient être prises pour développer des programmes de recherche dans ce domaine. De façon plus précise, la recherche sur la prévention, de même que sur les aspects psychosociaux

de la maladie mentale, est presque inexistante dans notre province; elle doit donc être encouragée et stimulée. Bien que déjà bien en place, la recherche sur les aspects biologiques et biochimiques de la santé mentale devrait être plus conforme à celle consentie pour la prise en charge.

2. Il y a tout lieu de recommander un investissement accru dans la formation de chercheurs dans le domaine de la santé mentale. Leur formation ainsi que leur expertise de recherche devraient être multidisciplinaires.
3. Il nous apparaît important de souligner que les organismes gouvernementaux devraient négocier des ententes de 3 à 5 ans en vue de créer et d'appuyer des programmes de recherche dans des établissements appropriés. Cette façon de procéder permettrait non seulement de développer des équipes ayant une masse critique mais également de leur fournir une période de temps propice au développement des connaissances.

B) Recommandations spécifiques ayant trait à la recherche sur le traitement

Le Comité ne doute aucunement que la recherche sur les différentes modalités thérapeutiques se doit d'être encouragée. Tout effort dans ce sens ne peut qu'aider à diminuer, sinon à éliminer, la souffrance et les difficultés éprouvées par de trop nombreuses personnes. Afin d'arriver à une meilleure efficacité en ce qui a trait aux traitements des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux, le Comité suggère:

a) pour la recherche en psychothérapie
   - a-1) de développer des études contrôlées sur les psychothérapies à court terme qui ont déjà de bonnes bases scientifiques;
   - a-2) de préconiser des méthodes de traitement psychologiques qui puissent modifier les problèmes d'une grande partie de la population;
   - a-3) de soutenir des projets de recherche sur des psychothérapies efficaces pour toutes les classes socio-économiques;
   - a-4) d'encourager les chercheurs dans ce domaine à élaborer des projets de recherche qui tiennent compte des coûts des traitements, de même que du personnel qui peut administrer ces traitements. En ce sens, il nous semble que trop souvent certains chercheurs oublient les coûts engendrés

par des projets de recherche dont les résultats deviennent difficilement généralisables à une grande population et coûtent très cher dans leur application;

b) pour la recherche sur la thérapie électroconvulsive
   b-1) de définir plus clairement et évaluer scientifiquement la place de la thérapie électroconvulsive dans le traitement des malades mentaux;
   b-2) compte tenu des statistiques sur les électrochocs au Québec, de faire des études rétrospectives et surtout prospectives qui permettraient d'évaluer non seulement leur efficacité à plus ou moins long terme, mais aussi les effets secondaires, les accidents et les disparités régionales reliés à cette procédure;

c) pour la recherche sur la médication
   c-1) de continuer les projets de recherche en sciences neurologiques et en pharmacologie clinique afin de découvrir les causes organiques sous-jacentes à certaines maladies mentales;
   c-2) de mettre au point des médicaments qui soient plus efficaces et surtout qui éliminent les dangers d'effets secondaires, surtout ceux qui sont irréversibles à long terme comme la dyskinésie tardive.

II. L'éducation

Pour augmenter l'efficacité des modes d'intervention en santé mentale, en plus de la recherche, il faut sans aucun doute développer l'éducation autant au niveau du grand public qu'au niveau des professionnels de la santé mentale. Pour ce faire, deux modes d'intervention nous semblent particulièrement prometteurs: ce sont l'éducation populaire et l'enseignement spécialisé. En ce sens, le Comité recommande les propositions générales et particulières qui suivent.

A) Recommandations générales ayant trait à l'éducation

Le Comité de la santé mentale du Québec recommande que:

1. des leaders de notre communauté soient associés à la diffusion de l'information sur la prévention, le traitement et la réadaptation ainsi que le soutien dans la communauté pour des gens qui présentent des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux;

2. que le système d'enseignement à tous les niveaux puisse participer aux efforts d'éducation populaire en ce qui a trait à la prévention, au traitement, à la réadaptation et au soutien dans la communauté;
3. que la formation des intervenants en santé mentale soit revue tant au niveau des concepts que des habiletés de développement des programmes;
4. que les Corporations concernées par la santé mentale fournissent à leurs membres une formation continue dans ces trois domaines;
5. qu'une attention particulière soit portée à des groupes non professionnels pour les consulter concernant les moyens d'éducation et les rejoindre dans des buts d'éducation.

B) Recommandations particulières ayant trait à l'éducation

Le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux ou de problèmes psychosociaux étant la principale raison d'être des thérapeutes, la formation de ces derniers doit davantage s'orienter vers l'étude des nouvelles méthodes qui s'avèrent au moins plus économiques que les approches traditionnelles, tout en étant aussi efficaces. Sur le plan de l'enseignement, il est donc recommandé:

a) pour les étudiants
   - a-1) que les universités visent à former des psychothérapeutes sensibilisés à un vaste répertoire de techniques psychothérapeutiques et mettent l'accent sur l'importance du travail multidisciplinaire en santé mentale;
   - a-2) que les facultés de médecine mettent davantage l'accent sur la possibilité de traiter les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux par d'autres moyens que la seule médication;

b) pour les intervenants
   - b-1) que les organismes favorisent la mise à jour de leur personnel sur les méthodes psychologiques, sociales et médicales pour résoudre les différents problèmes de santé mentale;
   - b-2) que les médecins, omnipraticiens et spécialistes et les pharmaciens reçoivent un enseignement continu afin qu'ils soient au courant des nouveaux développements dans les traitements pharmacologiques des malades, de même que des problèmes qu'ils engendrent;

b-3) que les hôpitaux et les thérapeutes soient davantage informés des nouveaux programmes sur le traitement familial des schizophrènes et soient équipés pour les appliquer dans leur milieu;

b-4) que le système de santé participe activement à la distribution au grand public des publications gratuites sur la santé mentale;

b-5) que les organismes d'intervention sensibilisent leur personnel à établir de meilleurs contacts avec la clientèle;

c) pour le public

c-1) que tous les moyens de diffusion (publication, films, vidéo) soient pris pour informer la population en général.

III. La distribution des services

Il est évident que toute politique en santé mentale doit viser une distribution de services qui soit de la plus haute qualité et juste pour toute la population. L'analyse des conclusions des travaux de recherche permet au Comité de faire certaines recommandations qui, nous l'espérons, peuvent améliorer la distribution des services.

A) Recommandations générales ayant trait à la distribution des services

De façon générale, le Comité recommande:

1. que le réseau de distribution des services de santé fasse en sorte que toute intervention en santé mentale repose sur des connaissances récentes et tienne compte des facteurs d'efficacité identifiés;
2. que la pratique hospitalocentriste soit modifiée et que les centres hospitaliers psychiatriques et les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux ne soient plus considérés comme la pierre angulaire de la distribution des services, mais plutôt comme un élément parmi un ensemble d'agents distributeurs de services;
3. que le réseau de distribution des services devienne plus conscient de l'importance de répondre aux consommateurs selon leurs besoins particuliers plutôt que de les faire s'ajuster à des techniques ou à des programmes répondant aux préférences des intervenants.

B) Recommandations particulières ayant trait à la distribution des services

Compte tenu de l'évaluation des psychothérapies, de la thérapie électroconvulsive et des médicaments dans le traitement des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux, pour viser à améliorer la distribution des services, le Comité livre certaines recommandations qui lui semblent pertinentes sur les psychothérapies, la thérapie électroconvulsive et les médicaments.

De fait, le Comité recommande:

a) pour les psychothérapies

a-1) que les techniques psychothérapeutiques les plus reconnues et les plus efficaces, soit sur une base scientifique soit du moins sur une base clinique, soient surtout utilisées dans le traitement des bénéficiaires;

a-2) que les techniques psychothérapeutiques soient administrées sur une base externe, autant que possible, et que les traitements de groupe soient favorisés lorsque la situation s'y prête;

a-3) que les psychothérapies à court terme soient favorisées pour les clientèles qui répondent à ce type de traitement;

a-4) que les infirmiers et infirmières soient davantage utilisés comme psychothérapeutes; il faudrait également se pencher sur la possibilité d'avoir recours à d'autres ressources humaines dont l'intervention se sera révélée efficace;

a-5) que la psychothérapie à long terme soit surtout favorisée pour des patients qui ont des troubles mentaux majeurs afin de faciliter leur ajustement et leur maintien dans la communauté. Ces personnes ont droit à ces traitements plus coûteux au même titre que les gens qui souffrent de diabète, d'arthrite, de maladies coronariennes ou de psoriasis ont droit aux leurs;

a-6) que l'Office de la protection du consommateur apporte une attention continue au problème des psychothérapeutes sans qualification qui exploitent bien souvent la partie de la population la plus démunie;

b) pour la thérapie électroconvulsive

b-1) que la thérapie électroconvulsive demeure un traitement de dernier ressort et qu'elle soit utilisée uniquement pour des pathologies sévères ou lorsque la vie du malade est en danger;

b-2) que d'autres méthodes thérapeutiques moins radicales se développent dans l'avenir et amènent une disparition complète de ce mode de traitement;

b-3) qu'un protocole identique soit appliqué à la grandeur de la province en ce qui a trait à l'administration de la thérapie électroconvulsive. Ce procédé interdirait au moins l'utilisation de cette procédure dans des circonstances où « la tradition » autorise un tel recours;

c) pour les médicaments

c-1) que des programmes d'éducation populaire soient mis sur pied non seulement pour diminuer la surutilisation des médicaments par un trop grand nombre de personnes mais pour apprendre aux gens à trouver des solutions plus efficaces à long terme que la prise de médicaments;

c-2) que d'autres méthodes thérapeutiques, en plus des médicaments, soient incluses dans le traitement des grands malades mentaux et que des ressources alternatives soient mises sur pied, de même que des équipes de secteur, pour, entre autres, suivre de près les malades psychotiques et au moins éviter ainsi le surdosage et les complications reliées à la prise de neuroleptiques;

c-3) que chaque patient qui prend du lithium reçoive de façon écrite les directives préconisées par le National Institute of Mental Health.

Conclusion

Comme le démontre ce rapport, il existe encore de nombreux problèmes en ce qui a trait aux modes d'intervention en santé mentale. L'analyse des travaux scientifiques sur le traitement des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux, de même que les recommandations qui en découlent, visent à faire avancer l'état de la question sur le sujet et surtout à améliorer la qualité des services offerts à la population. Le Comité n'a la prétention de posséder ni la vertu ni la vérité. Certaines omissions ont pu se faire, certains idéaux ont pu être suggérés et certaines idéologies ont pu être écartées. Il reste que la bonne foi des membres du Comité ne peut être mise en doute et que sa multidisciplinarité a sûrement empêché des excès dans une tendance ou une autre.

Bien qu'il fût astreignant, les membres du Comité trouvent que le travail accompli au cours des deux dernières années leur a procuré une expérience humaine et scientifique extrêmement enrichissante. Ils souhaitent que leur action puisse intéresser autant la population que les professionnels de la santé, amener les politiciens à poser des gestes concrets et faire en sorte que le débat continue et que d'autres améliorations soient apportées par leurs successeurs.

Bibliographie

Relative à l'efficacité des psychothérapies, de la thérapie électroconvulsive et des médicaments

Abramowitz, S.I., Abramowitz, C.V. Psychological Mindedness and Benefit from Insight-Oriented Group Therapy. *Archives of General Psychiatry*, *30*, 610-615, 1974.

Alexander, F., French, T.M. *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York, Ronald Press, 1946.

American Psychiatric Association. *Electro-Convulsive Therapy. Task Force Report No 14*, septembre 1978.

American Psychiatric Association Commission on Psychotherapies. *Psychotherapy Research: Methodological and Efficacy Issues*. Washington, American Psychiatric Association, 1982.

Anderson, C.M. Family Intervention with Severely Disturbed Inpatients. *Archives of General Psychiatry*, *34*, 697-702, 1977.

Anderson, C.M., Hogarty, G.E., Reiss, D.J. Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-Educational Approach. Comptes rendus du Symposium international « Le schizophrène et sa famille », Montréal, Fondation pour la recherche sur les maladies mentales, septembre 1983.

Andrews, G. Psychotherapy Outcome: A Wider View Leads to Different Conclusions. *The Behavioral and Brain Sciences*, *6*, 285-286, 1983.

Angst, J., Varga, E., Sheperd, M. Preliminary Report of a Retrospective Study of the Treatments of Depression. *Excerpta Medical International Congress*, Series No 129. Proceedings of the Vth International Congress of the Collegium International Neuropsychopharmacologium. Washington, mars 1966.

Arbes, B.H., Hubbell, R.N. Packaged Impact: A Structured Communication Skills Workshop. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *20*, 32-37, 1973.

Arseneau, J., Bouchard, C., Bourgon, M., Goupil, G., Guay, J., Lavoie, F., Perreault, R. *Psychothérapies: attention!* Québec, Presse de l'Université du Québec, 1983.

Avard, J. Methodes aversives. IN: R. Ladouceur, M.-A. Bouchard, L. Granger. *Principes et applications des thérapies behaviorales*. Montréal, Edisem et Paris, Maloine, 1980.

Ayllon, T., Azrin, N.H. Reinforcer Sampling: A Technique for Increasing the Behavior of Mental Patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *1*, 13-20, 1968.

Babigian, H.M. Schizophrenia: Epidemiology. IN: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2e édition, A.M. Freedman, H.I. Kaplan et B.J. Sadock (Eds). Baltimore, Williams & Wilkins, 1975.

Baker, A., Bird, G., Lavin, N. ECT in Schizophrenia. *Journal of Mental Science*, *106*, 1506-1511, 1960.

Baker, A., Game, J., Thorpe, J. Physical Treatment for Schizophrenia. *Journal of Mental Science*, *104*, 860-864, 1958.

Bales, J. HCFA Supports Therapy for Psychosomatic Clients. *Monitor, Journal of the American Psychological Association*, 4 décembre 1983.

Bandura, A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1977.

Bandura, A. On Paradigms and Recycled Ideologies. *Cognitive Therapy Research*, *2*, 79-104, 1978.

Bare, C.E., Mitchell, R.R. Experimental Evaluation of Sensitivity Training. *Journal of Applied Behavior Sciences*, *8*, 263-276, 1972.

Barlow, D.H., Wolfe, B.E. Behavioral Approaches to Anxiety Disorders: A Report on the NIMH — SUNY, Albany Research Conference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*, 448-454, 1981.

Baum, M. Rapid Extinction of an Avoidance Response Following a Period of Response Prevention in the Avoidance Apparatus. *Psychological Reports*, *18*, 59-64, 1966.

Beck, A. Thinking and Depression. *Archives of General Psychiatry*, *9*, 324-333, 1963.

Beck, A.T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, International Universities Press, 1976.

Beck, A., Ruch, A., Shaw, B., Emery, G. *Cognitive Therapy for Depression: A Treatment Manual*. University of Pensylvania, 1978.

Becker, J., Schunckit, M. The Comparative Efficacy of Cognitive Therapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Depressions. *Cognitive Therapy Research*, *2*, 193-198, 1978.

Bellantwond, C., Reggi, V., Tognoni, G., Garantinni, S. Benzodiazepines: Clinical Pharmacology and Therapeutic Use. *Drugs*, *19(3)*, 195-219, 1980.

Bergin, A.E., Suinn, R.M. Individual Psychotherapy and Behavior Therapy. *Annual Review of Psychology*, *26*, 509-555, 1975.

Bergin, A.E. Individual Psychotherapy. IN: M. Rosenweight et L. Porter (Eds). *Palo Alto, Annual Review of Psychology, 1975*.

Bergin, A.E., Lambert, M.J. The Evaluation of Therapeutic Outcomes. IN: S.L. Garfield et A.E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, John Wiley and Sons, pp. 139-189, 1978.

Berne, E. *Games People Play*. New York, Grove Press, 1964.

Berne, E. *Analyse transactionnelle et psychothérapies*. Paris, Payot, 1977.

Bernstein, D.A., Pul, G.L. Some Comments on Therapy Analogue Research with Small Animal Phobias. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, *2*, 225-237, 1971.

Bierebaum, H., Nichols, M.P., Schwartz, A.J. Effects of Varying Session Length and Frequency in Brief Emotive Psychoterapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *44*, 790-798, 1976.

Bini, L. Experimental Researches on Epileptic Attacks Induced by the Electric Current. *American Journal of Psychiatry*, May Supplement, 172-174, 1938.

Boersma, K., DenHengst, S., Dekker, J., Emmelkamp, P.M. Exposure and Response Prevention in the Natural Environment: A Comparison with Obsessive-Compulsive Patients. *Behavior Research & Therapy*, *14*, 19-24, 1976.

Borkovec, T.D., O'Brien, G.T. Methodological and Target Behavior Issues in Analogue Therapy Research. IN: M. Hersen, R.M. Eisler et P.M. Miller (Eds). *Progress in Behavior Modification*, Vol. 3, New York, Academic Press, 1976.

Borkovec, T.D., Rachman, S. The Utility of Analogue Research. *Behavior Research & Therapy*, *17*, 253-262, 1979.

Booth, B.E., Rosenfield, A.H., Walker, E.L. *Toward a Science of Psychiatry*. Monterey, Brooks-Cole, 1974.

Brandsma, J., Maultsby, M., Welsh, R. *Self-Help Techniques in the Treatment of Alcoholism*. University of Kentucky, 1978.

Bratfos, O.E., Hang, J. Electroconvulsive Therapy and Antidepressant Drugs in Manic-Depressive Disease, Treatment Results at 3 Months Later. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *41*, 588-596, 1965.

Breggin, P. *Electroshock: Its Brain Disabling Effects*. New York, Springer Publishing, 1979.

Brengelmann, J. *The Effect of Repeated Electroshock on Learning in Depression*. Berlin, Springer-Verlag, 1959.

Brigham, T., Catania, A. *Handbook of Applied Behavior Research: Social and Instructional Processes*. New York, Halstead Press, 1979.

Budzinski, T., Stoyva, J., Adler A. Feedback Induced Muscle Relaxation: Application to Tension Headache. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *1*, 205-211, 1970.

Bush, A., Beck, A., Kovacks, M., Hollon, S. Depression: Must Pharmaco-Therapy Fail for Cognitive Therapy to Succeed? *Cognitive Therapy Research*, *2*, 199-206, 1978.

Butcher, J.N., Koss, M.P. Research on Brief and Crisis Oriented Therapies. IN: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2nd edition), Garfield, S.L. et Bergin, A. (Eds). New York, Wiley and Sons, 1978.

Butcher, J.N., Mandal, G.R. Crisis Intervention. IN: I.B. Weiner (Ed). *Clinical Methods in Psychology*. New York, John Wiley, 1976.

Canadian Psychiatric Association: *The Role of Psychotherapies in the Practice of Psychiatry*. Scientific Council, Canadian Psychiatric Association, Ottawa, mars 1984.

Carmody, T. Rational-Emotive, Self-Instructional and Behavior Assertive Training: Facilitating Maintenance. *Cognitive Therapy Research*, *2*, 241-254, 1978.

Carroll, R.S., Miller, A., Ross, B., Simpson G.M. Research as an Impetus to Improved Treatment. *Archives of General Psychiatry*, *37*, 377-380, 1980.

Cartwright, R. A Comparison of the Response to Psychoanalytic and Client-Centered Psychotherapy. IN: L.A. Gottschalk et A.H. Auerback (Eds). *Methods of Research in Psychotherapy*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1966.

Childers, R. Comparison of Four Regimens in Newly Admitted Female Schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, *120*, 1010-1011, 1964.

Chouinard, G. Guide pratique pour l'emploi des agents psychopharmacologiques: antipsychotiques et antiparkinsonniens. *Union médicale du Canada*, *105*, 1387-1391, 1976.

Chouinard, G. Guide pratique pour l'emploi des agents psychopharmacologiques. III. Antidépresseurs. *Union médicale du Canada*, *106*, 821-828, 1977.

Chouinard, G. La thérapie électroconvulsive dans le traitement de la dépression. *Union médicale du Canada*, *106*, 817-820, 1977.

Cole, J., Davis, J.M. Antipsychotic Drugs. IN: *The Schizophrenic Syndrome*, L. Bellack et L. Loebs (Eds). New York, Grune & Stratton, 1969.

Cole, J., Davis, J. Antidepressant Drugs. IN: A.M. Freedman, H.K. Kaplan et B.J. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1975.

Collingwood, T., Hefele, T., Muehlberg, N., Drasgon, J. Toward Identification of the Therapeutic Facilitative Factor. *Journal of Clinical Psychology*, *26*, 119-129, 1970.

Comité de la santé mentale du Québec. *Psychochirurgie et sismothérapie*. Septembre 1976.

Comité de la santé mentale du Québec. *Sismothérapie*. Octobre 1976.

Congress of the United States. *The Implications of Cost-Effectiveness Analysis of Medical Technology*. Office of Technology Assessment, Washington, U.S. Government Printing Office, 1980.

Conseil de la recherche en santé du Québec. *Rapport annuel 1979-1980*. Ministère des Affaires sociales, gouvernement du Québec, 1980.

Conseil des affaires sociales et de la famille. *Médicaments ou potions magiques*. Ministère des Affaires sociales, gouvernement du Québec, 1982.

Conseil des recherches médicales du Canada. *L'état actuel et l'avenir de la recherche médicale au Canada*. Conseil des recherches médicales du Canada, Rapport No 2, Ottawa, gouvernement du Canada, pp. 377-387, 1968.

Conseil des recherches médicales du Canada. *Rapport du président*, *1979-1980*, Ottawa, 1980.

Cooper, C.L. Coping with Life Stress After Sensitization Training. *Psychological Reports*, *31*, 602, 1972.

Corbeil, J., Poupard, D. La Gestalt. Vers une nouvelle pratique. *Santé mentale au Québec, 3(1)*, 61-84, 1978.

Corporation des psychologues du Québec. *Réflexions sur l'efficacité des modes d'intervention en santé mentale*. Avis au Comité de la santé mentale du Québec, 13 pages, mars 1984.

Corsini, R., Rosenberg, B. Mechanisms of Group Psychotherapy: Process and Dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 51*, 406-444, 1955.

Covi, L., Lipman, R.S., Derogatis, L.R., Smith, J.E., Pattison, J.H. Drugs and Group Psychotherapy in Neurotic Depression. *American Journal of Psychiatry, 131*, 191-198, 1974.

Covi, L., Lipman, R., Pattison, J., Derogatis, L., Uhlenluth, E. Length of Treatment with Anxiolytic Sedatives and Responses to Their Sudden Withdrawal. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 49*, 51-64, 1973.

Cummings, N.A., Follette, W.T. Brief Psychotherapy and Medical Utilization: An Eight Year Follow-Up. IN: H. Dorken and Associates (Eds). *The Professional Psychologist Today: New Developments in Law, Health Insurance and Health Practice*. San Francisco, Jossey Bass, 1976.

Daneman, E.A. Imipramine in Office Management of Depressive Reactions: A Double-Blind Study. *Diseases of the Nervous System, 22*, 214-217, 1961.

Davenport, J.M., Ebert, M.H., Adlant, M.L., Goodwin, F.K. *Lithium Prophylaxis: The Married Couples Group*. Unpublished manuscript, 1975.

Davison, G.C., Wilson, G.T. Processes of Fear Reduction in Systematic Desensitization: Cognitive and Social Reinforcement Factors in Humans. *Behavior Therapy, 4*, 1-21, 1973.

Davis, J.M. Maintenance Therapy in Psychiatry: Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 132*, 1237-1245, 1975.

Davis, J.M., Schaffer, C.B., Killian, G.A., Kinard, C., Chan, C. *Important Issues in the Drug Treatment of Schizophrenia. Schizophrenia 1980*, U.S. Government Printing Office, 1980.

DeCarolis, V., Giberti, F. Roccatagliati: Imipramine and Electroshock in the Treatment of Depression. A Clinical Statistical Analysis of 437 Cases. *Disease of the Nervous System, 16*, 29-42, 1964.

Delay, J., Deniker, P. *Le traitement des psychoses par une méthode neurolytique dérivée de l'hibernothérapie*. Congrès des médecins alinénistes et neurologistes de France, Luxembourg, 1952.

D'Elia, G., Lorentzson, S., Roatma, H., Widepalm, K. Comparison of Unilateral Dominant and Non Dominant ECT on Verbal and Non Verbal Memory. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *53*, 85-94, 1976.

De Léon, P.H., Vandenbos, G.R., Cummings, N.A. Psychotherapy: is it Safe, Effective and Appropriate. *American Psychologist*, août 1983, 907-911.

De Montigny, C. From Animal Experiments to Clinical Trials: Aspects of Transposition in Psychopharmacology. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *6*, 585-593, 1982.

Dies, R.R., Sadowsky, R. A Brief Encounter Group Experience and Social Relationships in a Dormitory. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *21*, 112-115, 1974.

DiLoreto, A.O. Comparative Psychotherapy: An Experimental Analysis. Chicago, Aldine-Atherton, 1971.

Dornbush, R. Memory and Induced ECT Convulsions. *Seminars in Psychiatry*, *4*, 47-54, 1972.

Dornbush, R., Williams, M. Memory and ECT. IN: *Psychobiology and Convulsive Therapy*. M. Fink, S. Kety, J. McGaugh (Eds). Washington, Winston & Sons, pp. 199-207, 1974.

Dusay, J.M. Eric Berne. IN: A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1980.

Durkin, H. *The Group in Depth*. New York, International University Press, 1966.

Edwin, L.S., Stuart, F. The Newer Therapies: A Source Book. New York, Van Nostrand Reinhold, 1982.

Ellis, A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, L. Stuart, 1962.

Ellis, A., Grieger, R. *Handbook of Raticnal Psychotherapy*. New York, Springer, 1977.

Emmelkamp, P.M., Vitee, K. A Comparison of Successive Approximation and Self-Observation in the Treatment of Agoraphobia. *Behavior Therapy*, *5*, 606-613, 1975.

Emmelkamp, P.M., Kraanen, J. Therapist-Controlled Exposure In Vivo Vs Self-Controlled Exposure In Vivo: A comparison with Obsessive-Compulsive Patients. *Behavior Research & Therapy*, *15*, 491-495, 1977.

Epstein, N.B., Vlok, L.A. Research on the Results of Psychotherapy: A Summary of Evidence. *American Journal of Psychiatry*, *138*, 1027-1034, 1981.

Evans, M.B. Biofeedback Training: Some Clinical Considerations. *Behavior Therapy*, *8*, 101-103, 1977.

Eysenck, H. The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, *16*, 319-324, 1952.

Eysenck, H. The Effects of Psychotherapy. IN: H. Eysenck (Eds). *Handbook of Abnormal Psychology*, New York, Basic Books, 1961.

Falloon, I.R.H., Liberman, R.P., Simpson, G.M., Talbot, R.E. *Family Therapy with Relapsing Schizophrenics: A Research Proposal*. Manuscrit non publié, 1978.

Feinsinger, D.B., Gunderson, J.G. Psychotherapy for Schizophrenics — Is It Indicated? A Review of the Relevant Literature. *Schizophrenia Bulletin*, automne 1972.

Feldman, F. Results of Psychoanalysis in Clinic Case Assigments. *Journal of American Psychoanalytic Association*, *16*, 274-300, 1968.

Felton, G.S., Biggs, B.E. Teaching Internalization Behavior to Collegiate Low Achievers in Group Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *9*, 281-283, 1972.

Felton, G.S., Davidson, H.R. Group Counceling Can Work in the Classroom. *Academic Therapy*, *8*, 461-468, 1973.

Fieve, R. Lithium (Antimanic) Therapy. IN: A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1975.

Fieve, R., Platman, S., Plutchik, R. The Use of Lithium in Affective Disorders: Acute Endogenous Depression. *American Journal of Psychiatry*, *125*, 487, 1968.

Fink, M. *Convulsive Therapy: Theory and Practice*. New York, Raven Press, 1979.

Fink, M. Induced Seizures and Human Behavior. IN: *Psychobiology of Convulsive Therapy*. M. Fink, S. Kety, J. McGaugh (Eds). Washington, Winston & Sons, pp. 1-18, 1974.

Fiske, D.W. et al. Planning of Research on Effectiveness of Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 22, 22-32, 1970.

Fondation pour la recherche sur les maladies mentales. *Les médicaments contre la dépression*, 1982.

Fondation pour la recherche sur les maladies mentales. *Les médicaments contre l'anxiété*, 1982.

Fondation pour la recherche sur les maladies mentales. *Les médicaments contre les maladies mentales graves*, 1982.

Frank, J.D. The Present Status of Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 310, 1979.

Frank, J.D. The Dynamics of the Psychotherapeutic Relationship. *Psychiatry*, 22, 17-39, 1959.

Frank, J.D. Therapeutic Components of Psychotherapy: A 25-Year Progress Report of Research. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *159*, 325-342, 1974.

Frank, J.D., Gliedman, L.H., Imer, S.D., Stone, A.R., Nash, E.H. Patients' Expectacies and Relearning as Factors Determining Improvement in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *15*, 961-968, 1959

Franks, C., Wilson, G.T. *Annual Review of Behavior Therapy: Theory and Practice*. Vol. IV, New York, Brunner-Mazel, 1978.

Franks, C.M., Wilson, G.T. *Annual Review of Behavior Therapy: Theory and Practice*. New York, Brunner-Mazel, 1979.

Freidman, A.S. Interaction of Drug Therapy with Marital Therapy in Depressive Patients. *Archives of General Psychiatry*, 32, 619-637, 1975.

Fromme, D.K., Whisemant, W.F., Susky, H.H. Group Modification of Affective Verbalizations. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *42*, 86-871, 1974.

Funck-Brentano. *Le paradoxe du médecin*. Paris, Gallimard, 1976.

Gainer, J. Comportements obsessifs. IN: R. Ladouceur, M.-A. Bouchard, L. Granger. *Principes et applications des thérapies behaviorales*. Montréal, Edisem, 1977.

Gardon, G., Di Mascio, A., Salzman, C., Shader, R. Differential Actions of Chlordiazepoxide and Oxazepam in Hostility. *Archives of General Psychiatry*, *18*, 757, 1968.

Garfield, S.L. Does Psychotherapy Work? Yes, No, Maybe. *The Behavioral and Brain Sciences*, *6*, 292-293, 1983.

Gelder, M.G., Marks, I.M., Wolff, H.H. Desensitization and Psychotherapy in the Treatment of Phobic States. A Controlled Inquiry. *British Journal of Psychiatry*, *113*, 53-73, 1967.

Gelder, M.G., Bancroft, J.H., Gath, D., Johnston, D.W., Mathews, A.M., Shaw, P.M. Specific and Non Specific Factors in Behavior Therapy. *British Journal of Psychiatry*, *123*, 445-462, 1973.

Geyer, H., Gershan, S. Exploration of the Antidepressant Potential of Lithium. *Psychopharmacologia*, *28*, 107, 1973.

Gibbs, J.J., Wilkins, B., Lauterbach, C.G. A Controlled Clinical Psychiatric Study of Chlorpromazine. *Journal of Clinical & Experimental Psychopathology*, *18*, 269-283, 1957.

Ginsberg, G., Marks, I.M. Costs and Benefits of Behavioral Psychotherapy: A Pilot Study of Neurotics Treated by Nurse-therapist. *Psychological Medecine*, *7*, 685-700, 1977.

Girodo, M., Roehl, J. Cognitive, Physiological and Behavioral Components of Anxiety in Flooding. *Canadian Journal of Behavior Sciences*, *8*, 224-231, 1976.

Glasgow, R.E., Rosen, G.M. Behavioral Bibliotherapy: A Review of Self-Help Behavior Therapy Manuals. *Psychological Bulletin*, *85*, 1-9, 1978.

Glick, I.D., Hargreaves, W.A. Hospitals in the 1980's: Service, Training and Research. *Hospital and Community Psychiatry*, *30*, 125-128, 1979.

Goldfried, M.R. The Use of Relaxation and Cognitive Relabeling as Coping Skills. IN: R.B. Stuart (Ed.) *Behavioral Self-Management*. New York, Brunner-Mazel, 1977.

Goldman, H., Gomer, F., Templer, D. Long-Term Effects of Electro-Convulsive Therapy upon Memory and Perceptual-Motor Performance. *Journal of Clinical Psychology*, *28*, 33-34, 1972.

Goldstein, A.P., Stein, N. *Prescriptive Psychotherapies*. New York, Pergamon Press, 1976.

Goldstein, M. *Family Therapy for Parents of Schizophrenia*. Comptes rendus du Symposium international « Le schizophrène et sa famille », Montréal, Fondation pour la recherche sur les maladies mentales, septembre 1983.

Goldstein, M.J., Hopeikin, H.S. Short and Long-Term Effects of Combining Drug and Family Therapy: IN: *New Developments in Interventions with Families of Schizophrenics*. San Francisco, Jossey Bass Inc., 1981.

Goldstein, M.J., Rodnick, E.H., Evans, J.R., May, P.R., Steinberg, M. Drug and Family Therapy in the Aftercare Treatment of Acute Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *35*, 1169-1177, 1978.

Goodman, L., Gilman, A. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. Londres, Collier-MacMillan, 1970.

Goodwin, F., Murphy, D., Bunney, W. Lithium Carbonate Treatment Kof Depression and Mania. *Archives of General Psychiatry*, *21*, 486, 1969.

Gottschalk, L.A., Mayerson, P., Gottlieb, A.A. Predictions and Evaluation of Outcome in an Emergency Brief Psychotherapy Clinic. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *144*, 77-96, 1967.

Gouvernement du Québec. Un projet collectif: énoncé d'orientation et plan d'action pour la mise en oeuvre d'une politique québécoise de la recherche scientifique. Éditeur officiel du Québec, 1980.

Green, B.L., Gleser, G.C., Stone, W.N., Seifert, R.F. Relationships Among Diverse Measures of Psychotherapy Outcome. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *43*, 689-699, 1975.

Greenblatt, M. Efficacy of ECT in Affective and Schizophrenic Illness. *American Journal of Psychiatry*, *134*, 1001-1005, 1977.

Greenblatt, M., Grosser, G.H., Weichsler, H. Differential Response of Hospitalized Depressed Patients to Somatic Therapy. *American Journal of Psychiatry*, *120*, 935-943, 1964.

Greenblatt, D., Shader, R. Benzodiazepines. *New England Journal of Medicine*, *29*, 19-23, 1974.

Greenblatt, D., Shader, R. Dependence, Tolerance and Addiction to Benzodiazepines: Clinical and Pharmacokinetic Considerations. *Drug Metabolism Reviews*, *8*, 13-28, 1978.

Greenspan, S.I., Sharfstein, S.S. Efficacy of Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *38*, 1213-1219, 1981.

Grinspoon, L., Ewalt, J.R., Shader, R.I. *Schizophrenia: Pharmacotherapy and Psychotherapy*. Springfield, C.C. Thomas, 1972.

Grotjahn, M. Planning from Dropout Patients: A Clinical View of Patients Who Discontinued Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, *22*, 306-319, 1972.

Group for the Advancement of Psychiatry: Pharmacotherapy and Psychotherapy: Paradoxes, Problems and Progress. *New York*, *9*, 261-431, 1975.

Gurman, A.S., Kniskern, D.P. Research on Marital and Family Therapy: Progress, Perspective and Prospect. IN: S.L. Garfield et A.E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2nd ed), New York, John Wiley & Sons, 1978.

Hafner, J., Marks, I. Exposure In Vivo of Agoraphobics: Contributions of Diazepam, Group Exposure and Anxiety Evocation. *Psychological Medicine*, *6*, 71-88, 1976.

Hall, R., Joffe, J. Aberrant Response to Diazepam: A New Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, *129*, 73-98, 1972.

Hamburg, D. et al. Report of Ad Hoc Committee and Central Fact-gathering Data of the American Psychoanalytic Association. *Journal of American Psychoanalytic Association*, *15*, 841-861, 1967.

Hand, I., Lamontagne, Y., Marks, I.M. Group Exposure (Flooding) In Vivo for Agoraphobics. *British Journal of Psychiatry*, *124*, 588-602, 1974.

Harper, R., Wiens, A. Electroconvulsive Therapy and Memory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *161*, 245-254, 1975.

Harris, T.A. *I'm o.k., you're o.k.* New York, Harpers Ron, 278 p., 1969.

Hatfield, A.B. The Family as Partner in the Treatment of Mental Illness. *Hospital and Community Psychiatry*, *30*, 338-340, 1979.

Hersen, M., Bellack, A.S. A Multiple-Baseline Analysis of Social Skills Training in Chronic Schizophrenics. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *9*, 239-246, 1976.

Hersen, M., Eisler, R.M. Social Skills Training. IN: W.E. Craighead, A.E. Kazdin et M.J. Mahoney (Eds). *Behavior Modification: Principles, Issues and Applications*. Boston, Houghton Mifflin, 1976.

Hogarty, G.E., Schooler, N.R., Ulrich, R., Nussare, F., Ferro, P., Henon, E. Fluphenazine and Social Therapy in the Aftercare of Schizophrenic Patients. *Archives of General Psychiatry*, *36*, 1283-1284, 1979.

Hollon, S.D., Beck, A.T. Psychotherapy and Drug Therapy: Comparison and Combinations. IN: S.L. Garfield and A.E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, John Wiley & Sons, pp. 437-489, 1978.

Holroyd, K., Andrasik, F., Westbrok, T. Cognitive Control of Tension Headache. *Cognitive Therapy Research*, *1*, 121-123, 1977.

Horden, A., Burt, C., Holt, N. *Depressive States*. Springfield, C.C. Thomas, 1975.

Hutchinson, J., Smedburg, D. Treatment of Depression: A Comparative Study of ECT and Six Drugs. *British Journal of Psychiatry*, *109*, 536-538, 1963.

Jacobson, G.F., Strickler, M., Morley, W.E. Generic and Individual Approaches to Crisis Intervention. *American Journal of Public Health*, *58*, 339-343, 1968.

Jenov, A. *The Primal Scream*. New York, Dell, 1970.

Johnson, G., Gershan, S., Hekinian, L. Controlled Evaluation of Lithium and Chlorpromazine in the Treatment of Manic States: An Interim Report. *Comprehensive Psychiatry*, 9, 563, 1968.

Karasu, T.B. Psychotherapy and Pharmacotherapy: Toward an Integrative Model. *American Journal of Psychiatry*, *139*, 1102-1113, 1982.

Karon, B.P., Vandenbos, G.R. Treatment Costs of Psychotherapy Versus Medication for Schizophrenics. *Professional Psychology*, *6*, 293, 1975.

Kaye, J.D. Group Interaction and Interpersonal Learning. *Small Group Behavior*, *4*, 424-448, 1973.

Kazdin, A.E. Evaluating the Generality of Findings in Analogue Therapy Research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *46*, 673-686. 1977.

Kazdin, A.E. The Token Economy. New York, Plenum Press, 1977.

Kazdin, A.E., Wilcoxon, L.A. Systematic Desensitization and Non Specific Treatment Effects on Methodological Evaluation. *Psychological Bulletin*, *83*, 729-758, 1976.

Kazdin, A.E., Wilson, G.T. Criteria for Evaluating Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *35*, 407-418, 1978.

Kendall, P., Finch, A. A Cognitive-Behavioral Treatment for Impulsivity: A Group Comparison Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*, 110-118, 1978.

Kernberg, O.F., Burnstein, E.D., Coyne, L., Appelbaum, A., Howitz, L., Vioth, H. Psychotherapy and Psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *36*, 1-276, 1972.

King, P. Chlorpromazine and Electroconvulsive Therapy in the Treatment of Newly Hospitalized Schizophrenics. *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology*, *21*, 101-105, 1960.

Klein, D.F. Delienation of Two Drug-Responsive Anxiety Syndromes. *Psychopharmacologia*, 5, 397, 1964.

Klein, D., Davis, J. *Diagnosis and Treatment of Psychiatric Disorders*. Baltimore, Williams & Wilkins, pp. 187-298, 1969.

Klein, D.F., Gittelman, R., Quitkin, F., Rifkin, A. *Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders* (2nd edition). Baltimore, Williams & Wilkins, 1980.

Kleinknecht, R., Donaldson, D. A Review of the Effects of Diazepam on Cognitive and Motor Performance. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *161(6)*, 399-411, 1975.

Klerman, G.L., Di Mascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., Paykel, E.S. Treatment of Depression by Drugs and Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *131*, 186-191, 1974.

Knapp, P.H. Short-Term Psychoanalytic and Psychosomatic Predictions. *Journal of American Psychoanalytic Association*, *11(2)*, 245-280, 1963.

Korin, H., Fink, M., Kwalwasser, S. Relation of Changes in Memory and Learning to Improvement in Electroshock. *Confinia Neurologica*, *16*, 88, 1956.

Kovel, J. *A Complete Guide to Therapy*. New York, Penguin Books, 1977.

Kristiansen, E.S. A Comparison of Treatment of Endogenous Depression with Electroshock and with Imipramine. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl)*, *162*, 179-188, 1961.

Lambert, M.T., Bergin, A.E. Psychotherapeutic Outcomes and Issues Related to Behavioral and Humanistic Approaches. *Cornell Journal of Social Relations*, *8*, 47-61, 1973.

Lambert, P., De Julio, M., Stein, D. Therapist Interpersonal Skills. *Psychological Bulletin*, *83*, 467-489, 1978.

Lamontagne, Y. Le traitement des phobies par la thérapie du comportement. *Union médicale du Canada*, *102*, 2287-2291, 1973.

Lamontagne, Y. Psychothérapie dynamique et thérapie comportementale : une alliance est-elle possible ? *L'encéphale*, *6*, 65-80, 1973.

Lamontagne, Y. Immersion et implosion. IN : R. Ladouceur, M.-A. Bouchard et L. Granger. *Principes et applications des thérapies behaviorales*, Montréal, Edisem et Paris, Maloine, 1973.

Lamontagne, Y. La thérapie comportementale dans les hôpitaux à sécurité maximum. *Union médicale du Canada*, *103*, 1778-1785, 1974.

Lamontagne, Y., Lamontagne, C. *La thérapie comportementale en psychiatrie*. Montréal, Beauchemin, 1975.

Lamontagne, Y. L'enseignement de la thérapie comportementale en psychiatrie. *Vie médicale au Canada français*, *4*, 485-486, 1975.

Lamontagne, Y. Implantation de la thérapie comportementale en milieu psychanalytique. *Canadian Psychiatric Association Journal*, *22*, 11-17, 1977.

Lamontagne, Y. Our Experience on EMG Feedback Training. *Archives of Greek Association for Behaviour Modification*, *1*, 19-21, 1979.

Lamontagne, Y. La thérapie du comportement. IN: R. Duguay et H.F. Ellenberger. *Précis pratique de psychiatrie*, Montréal, Chenelière et Stanké, et Paris, Maloine, 1981.

Lamontagne, Y. Réflexions sur « Médicaments ou potions magiques ». *Union médicale du Canada*, *112*, 391-395, 1983.

Lamontagne, Y. Indications thérapeutiques de la thérapie comportementale. *Canadian Journal of Psychiatry*, *29*, 125-128, 1984.

Lamontagne, Y., Annable, L., Lavallée, Y.J. Is EMG Feedback Training Effective in the Treatment of Anxiety? IN: J. Boulougouris (Ed.). *Learning Theory Approaches to Psychiatry*. Londres, John Wiley, 1982.

Lamontagne, Y., Lavallée, Y.-J., Annable, L. La rétroaction biologique: réalités et illusions. *Lyon Médical*, *238*, 97-103, 1977.

Lamontagne, Y., Lavallée, Y.-J., Annable, L. Minor Tranquilizers, Personality Inventory and EGM Feedback with Chronic Anxious Patients. *Comprehensive Psychiatry*, *24*, 543-545, 1983.

Lamontagne, Y., Lebrun-Brais, L., Boyer, R., Chouinard, G., de Montigny, C., Élie, R., Gagnon, M.-A. *Pour une politique québécoise de la recherche scientifique*. Mémoire adressé au ministère d'État au Développement culturel en réponse au livre vert sur la recherche scientifique, 1979.

Lamontagne, Y., Ste-Marie, G. La recherche clinique en psychiatrie au Québec: stagnation ou évolution. *Union médicale du Canada*, *110*, 922-926, 1981.

Lamoureux, G., Joly, J., Bouchard. M.-A. Rétroaction biologique. IN: R. Ladouceur, M.-A. Bouchard et L. Granger. *Principes et applications des thérapies behaviorales*. Montréal, Edisem, 1980.

Langsley, D., Enterline, J., Hickerson, G. A Comparison of Chlorpromazine and ECT in Treatment of Acute Schizophrenia and Manic Reactions. *Archives of Neurological Psychiatry*, *81*, 384-391, 1959.

Langsley, D.G., Kaplan, D.M., Pittnan, F.S., Machotka, P., Flomenhaft, K., De Young, C.D. The Treatment of Families in Crisis. New York, Grune & Stratton, 1968.

Laurin, C. La personnalité du thérapeute. *Union médicale du Canada*, *103*, 1929-1933, 1974.

Leff, J.P. Developments in Family Treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, *51*, 216-232, 1979.

Leitenberg, H. *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*. Engleweed Cliffs, Prentice Hall, 1976.

Lepage, D., Tétreault, J.-P. Un protocole de sismothérapie. *Union médicale du Canada*, *109*, 1-7, 1980.

Leser, A.L. Psychotherapy, Benefits and Costs. *The Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, *4(2)*, 191-196, 1979.

Leven, H., Breger, L., Patterson, V. A Training and Research Program in Brief Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *26*, 90-100, 1972.

Lewis, D., Bregman, N., Mahan, J. Cue-Dependent Amnesia in the K-Maze. *Journal of Comparative and Phsychological Psychology*, *81*, 243-247, 1972.

Libit, J., Lewinsohn, P.M. The Concept of Social Skills with Special References to the Behavior of Depressed Persons. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* *40*, 304-312, 1973.

Lieberman, M. A. Change Induction in Small Groups. *Annual Review of Psychology*, *27*, 217-250, 1976.

Liljequist, R., Matela, M. Acute Effects of Temazepam and Nitrazepam on Psychomotor Skills and Memory. *Acta Pharmacologica Toxicologica*, *44(5)*, 364-369, 1979.

Lipman, R., Cobi, L., Derogatis, L., Rickels, K., Uhlenhut, E. Medication, Anxiety and Patient Report of Significant Life Situation Events. *Disease of the Nervous System*, *32*, 240, 1971.

Lipsedge, M.S., Hajioff, J., Huggins, P., Napier, L., Pearce, J., Pike, O.J., Rich, M. The Management of Severe Agoraphobia: A Comparison of Iproniazid and Systematic Desensitization. *Psychopharmacologia*, *32*, 67-80, 1973.

Lloyd, M.E. Selecting Systems to Measure Client Outcome in Human Service Agencies. *Behavioral Assessment*, *5*, 55-70, 1983.

London, P. The Future of Psychotherapy. *Hastings Center Report*, *93*, 11-13, 1973.

London, P., Klerman, G.L. Evaluating Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *139(6)*, 709-717, 1982.

Lorr, M., McNair, D.M., Weinstein, G.J. Early Effects of Chlordiazepoxide (Librium) Used with Psychotherapy. *Journal of Psychiatric Research*, *1*, 257-270, 1962.

Lorr, M., McHair, D.M., Weinstein, G.J., Michaux, W.W., Raskin, A. Meprobamate and Chlorpromazine in Psychotherapy: Some Effects on Anxiety and Hostility of Outpatients. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 381-389, 1961.

Lowen, A. *The Betrayal of the Body*. New York, Collier-MacMillan, 1969.

Luborsky, L. The Patient's Personality and Psychotherapeutic Change. IN: A. Strupp et L. Luborsky (Eds). *Research in Psychotherapy. American Psychological Association*, Washington, 2, 115-133, 1962.

Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. Comparative Studies of Psychotherapies: Is it True that "everybody has won, all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, *32*, 995-1008, 1975.

Luborsky, L., Spence, D.P. Quantitative Research on Psychoanalytic Therapy. IN: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Garfield S.L. et Bergin A.E. (Eds), New York, John Wiley and Sons, Chap. 11, 408-432, 1978.

Maggs, R. Treatment of Manic Illness with Lithium Carbonate. *British Journal of Psychiatry*, *1-9*, 56, 1963.

Mahoney, M.J. *Cognitive and Behavior Modification*. Cambridge, Ballinger, 1974.

Mahoney, M.J. Reflections on the Cognitive-Learning Trend in Psychotherapy. *American Psychologist*, *32*, 5-13, 1977.

Mahoney, M.J., Arnkoff, D. Cognitive and Self-Control Therapies. IN: S.L. Garfield et A.E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior change*, New York, John Wiley and Sons, 1978.

Malan, D.H. *A Study of Brief Psychotherapy*. London, Tavistock Publications, 1963.

Malan, D.H. *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy: A Replication*. New York, Plenum Press, 1976.

Malitz, S., Sackdim, H.A., Decina, P. ECT in the Treatment of Major Affective Disorders: Clinical and Basic Research Issues. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, *7*, 126-134, 1982.

Mann, J. *Time-Limited Psychotherapy*. Cambridge, Harvard University Press, 1973.

Marks, I., Hallam, R., Connelly, J., Philpatt, R. *Nursing in Behavioral Therapy*. London, The Royal College of Nursing of the United Kingdom, 1977.

Marks, I.M. Behavioral Psychotherapy of Adult Neuroses. IN: S.L. Garfield et A.E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior change*, 2nd edition, New York, Wiley, 1978.

Marks, I.M. Cure and Care of Neurosis. *Psychological Medicine*, *9*, 629-660, 1979.

Marks, I.M. Review of Behavioral Psychotherapy: I: Obsessive Compulsive Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *138(5)*, 584-592, 1981.

Marks, I.M. Review of Behavioral Psychotherapy: II: Sexual Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *138(6)*, 750-756, 1981.

Marks, I.M., Hodgson, R., Rachman, S. Treatment of Chronic Obsessive-Compulsive Neuroses by In Vivo Exposure. *British Journal of Psychiatry*, *127*, 349-366, 1975.

Marks, I.M., Waters, H., Lindley, P. *Nurse Therapy in Primary Care: A Controlled Clinical and Epidemiological Study*. Final Report to DHSS, octobre 1983.

Marshall, E. Psychotherapy Works, but for Whom? *Science*, *207*, 506-508, 1980.

Mathews, A. Fear Reduction Research and Clinical Phobias. *Psychological Bulletin*, *85*, 390-406, 1978.

Mathieu, M., Wright, J., Valiquette, C. Assertion et habiletés sociales. IN: R. Ladouceur, M.-A. Bouchard et L. Granger. *Principes et applications des thérapies behaviorales*. Montréal, Edisem, 1980.

May, P. *Treatment of Schizophrenia*. New York, Science House, 1968.

May, P. Schizophrenia: Overview of Treatment Methods. IN: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds). Baltimore, Williams & Wilkins, 1975.

May, P. Schizophrenia: Evaluation of Treatment Methods. IN: A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry II*. Baltimore, Williams & Wilkins, 955-982, 1975.

May, P. When, What, and Why? Psychopharmacotherapy and Other Treatments in Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, *17*, 683-693, 1976.

May, P., Tuma, A.H., Dixon, W.J. Schizophrenia — A Follow-Up Study of Results of Treatments. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 474-506, 1976.

May, P., Tuma, A., Yale, C. Schizophrenia: A Follow-Up Study of Results of Treatment. Hospital Stay Over Two to Five Years. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 481-486, 1976.

McCormich, P. T.A. and Behavior Modification: A Comparative Study. *Transactional Analysis Journal*, *3*, 1972.

McDonald, I., Perkins, M., Marjerrison, G. A Controlled Comparison of Amitriptyline and Electroconvulsive Therapy in the Treatment of Depression. *American Journal of Psychiatry*, *122*, 1426-1431, 1966.

McFall, R.M. Behavioral Training: A Skill-Acquisition Approach to Clinical Problems. IN: J.T. Spence, R.C. Carson et J.W. Thibaut (Eds). *Behavioral Approaches to Therapy*. Morristown, General Learning Press, 1976.

Medical Research Council. Clinical Trial of the Treatment of Depressive Illness. *British Medical Journal*, *1*, 881-886, 1965.

Meichenbaum, D., Cameron, R. Training Schizophrenics to Talk to Themselves. *Behavior Therapy*, *4*, 515-535, 1973.

Meichenbaum, D. *Cognitive Behavior Modification*. New York, Plenum Press, 1977.

Meichenbaum, D., Goodman, J. Training Impulsive Children to Talk to Themselves. *Abnormal Psychology*, *77*, 115-126, 1971.

Mendels, J., Secunda, S., Dyson, V. A Controlled Study of the Antidepressant Effects of Lithium Carbonate. *Archives of General Psychiatry*, *26*, 154, 1972.

Meltzoff, J., Kornreich, M. *Research in Psychotherapy*. New York, Atherton Press, 1970.

Menninger Foundation. *Policies and Procedures: Adult Outpatient Department*, p. ii, février 1983.

Mills, M.J., Pearsall DT., Yesavage, J.A., Salzman, C. Electroconvulsive Therapy in Massachusetts. *American Journal of Psychiatry*, *141*, 534-538, 1984.

Mindham, R., Howland, C., Shepherd, M. Continuation Therapy with Tricyclic Antidepressant in Depressive Illness. *Lancet*, *2*, 854, 1972.

Misanin, J., Miller, R., Lewis, D. Retrograde Amnesia Produced by Electroconvulsive Shock after Reactivation of a Consolidated Memory Trace. *Science*, *160*, 554-555, 1968.

Mitchell, K., Bozarth, J., Krauft, C. A Reappraisal of the Therapeutic Effectiveness of Accurate Empathy, Nonpossessive Warmth and Genuineness. IN: A. Gurman, A. Razin (Eds). *Effective Psychotherapy*, Oxford, Pergamon Press, 1977.

Moamaï, N., Moammae, J. La situation actuelle sur l'électrochoc. *Le Courrier médical*, *12*, 27 mars 1984.

Moleski, R., Tosi, D. Comparative Psychotherapy Rational-Emotive Therapy vs Systematic Desensitization in the Treatment of Stuttering. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *44*, 300-311, 1976.

Morgan, C.D., Kremer, E., Caylor, M. The Behavioral Medicine Unit: A New Facility. *Comprehensive Psychiatry*, *20*, 79-89, 1979.

Morris, J., Beck, A. The Efficacy of Antidepressant Drugs: A Review of Research 1958-1972. *Archives of General Psychiatry*, *30*, 667-674, 1974.

Mosher, L., Gunderson, J., Buschsbaum, S. Special Report: Schizophrenia, 1972. *Schizophrenia Bulletin*, *7*, 12-52, 1973.

Mosher, L.R., Keith, S.J. Psychosocial Treatment: Individual, Group, Family and Community Support Approaches. *Schizophrenia 1980*, U.S. Government Printing Office, 1980.

Moreno, J.L. Psychodrama. IN: A.M. Freedman, H.I. Kaplan, S.J. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1975.

Moreno, J.L., Moreno, Z.T. *Psychodrama*. New York, Beacon House, 1959.

Muehlberg, N., Pierce, R., Drasgow, J. A Factor Analysis of Therapeutically Facilitative Conditions. *Journal of Clinical Psychology*, *25*, 93-95, 1969.

National Institute of Mental Health. *Information on Lithium*. U.S. Department of Health and Human Services, 4 pages, 1981.

Newsweek. Voting on Electroshock, 25 octobre 1982.

Nichols, M.P. Outcome of Brief Cathartic Psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *42*, 403-410, 1974.

Nichols, M.P., Reifler, C.B. The Study of Brief Psychotherapy in a College Health Setting. *Journal of American College of Health Association*, 22, 128-133, 1973.

NIMH. Psychopharmacology Service Center, Collaborative-Study Group: Phenothiazine Treatment in Acute Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *10*, 246-261, 1964.

Ottoson, J. Memory Distrubance After ECT: A Major or Minor Side Effect. *Proceedings of the First International Congress of the Academy of Psychosomatic Medicine, 134*, 161-168, 1967.

Pankratz, W.J. Electroconvulsive Therapy. The Position of the Canadian Psychiatric Association. *Revue canadienne de Psychiatrie, 25*, 509-514, 1980.

Parloff, M.B. Psychotherapy Research Evidence and Reinbursement Decisions: Bambi Meets Godzilla. *American Journal of Psychiatry, 139(6)*, 718-727, 1982.

Patterson, V., Levene, H., Breger, L. Treatment and Training Outcomes with Two Time-Limited Therapies. *Archives of General Psychiatry, 25*, 161-167, 1971.

Paul, G.L. Insight Versus Desensitization in Psychotherapy Two Years after Termination. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 31*, 333-348, 1967.

Paul, G.L. Outcome of Systematic Desensitization. IN: C.M. Franks (Ed), *Behavior Therapy: Apparaisal and Status*, New York, McGraw Hill, 1969.

Paul, G.L. Behavior Modification Research: Design and Tactics. IN: C.M. Franks (Ed), *Behavior Therapy: Apparaisal and Status*, New York, McGraw Hill, 1969.

Perls, F. *Gestalt Therapy Verbation*. John O. Stevens (éd). MOAB, UTAH, Real People, 1969.

Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. *Gestalt therapie: technique d'épanouissement personnel*. Montréal, Stanké, 1977.

Pevnick, J., Jasinski, D., Haertzen, G. Abrupt Withdrawal from Therapeutically Administered Diazepam. *Archives of General Psychiatry, 35*, 995-998, 1978.

Platman, S. A Comparison of Lithium Carbonate and Chlorpromazine in Mania. *American Journal of Psychiatry, 127*, 351, 1970.

Preskorn, S., Denner, L.J. Benzodiazepines and Withdrawal Psychosis. *Journal of the American Medical Association, 237(1)*, 36-38, 1977.

Prioleau, L., Murdeck, M., Brody, N. An Analysis of Psychotherapy versus Placebo Studies. *The Behavioral and Brain Sciences, 6*, 275-285, 1983.

Rachman, S. *The Effects of Psychotherapy*. Oxford, Pergamon Press, 1971.

Rachman, S.T., Wilson, G.T. *The Effects of Psychological Therapy*. (2nd édition). London, Pergamon Press, 1980.

Raskin, M., Bali, L.R., Peeke, H.V. Muscle Biofeedback and Transcendental Meditation. *Archives of General Psychiatry*, *37*, 93-97, 1982.

Reich, W. *Character Analysis* (3rd ed). New York, Orgone Institute Press, 1959.

Reich, W. *The Function of the Orgasm*. New York, Wolfe, 1968.

Rickels, K., Ward, C., Schut, L. Different Populations, Different Drug Responses. A Comparative Study of Two Antidepressants, Each Used in Two Different Patient Groups. *American Journal of Medical Sciences*, *247*, 328, 1964.

Riddell, S. The Therapeutic Efficacy of ECT: *Archives of General Psychiatry*, *8*, 546-556, 1963.

Roback, H.B. The Comparative Influence of Insight and Non-Insight Psychotherapies on Therapeutic Outcome: A Review of the Experimental Literature. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *8*, 23-25, 1971.

Robin, A., Armel, S., O'Leary, K. The Effects of Self-Instruction on Writing Deficiencies. *Behavior Therapy*, *6*, 178-187, 1975.

Rogers, C., Dymond, R. *Psychotherapy and Personality Change*. Chicago, Chicago University Press, 1954.

Rotrock, G.K., Wellisch, D.K., Schoolar, J.C. A Family Therapy Outcome Studies in an Inpatient Setting. *American Journal of Orthopsychiatry*, *47*, 514-522, 1977.

Ruch, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M., Hollon, S.D. Comparative Efficacy of Cognitive Therapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Depressed Outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, *1*, 17-37, 1977.

Sadock, B.J. Group Psychotherapy and Psychodrama. IN: A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1980.

Santé et Bien-être social Canada. *Étude sur l'état des recherches en matière de santé mentale; Rapport du groupe d'étude sur la recherche dans le domaine de la santé mentale*. Direction générale des services et de la promotion de la santé, Ottawa, 1978.

Santé et Bien-être social Canada. *L'usage des benzodiazépines au Canada*. Ottawa, 1982.

Sarvis, M.A., Dewees, M.S., Johnston, R.F. A Concept of Ego-Oriented Psychotherapy. *Psychiatry*, *22*, 277-287, 1958.

Schlesinger, H.J., Mumford, E., Glass, G.V., Patrick, C., Sharfstein, S. Mental Health Treatment and Medical Care Utilization in a Fee-For-Service System: Outpatient Mental Health Treatment Following the Onset of a Chronic Disease. *American Journal of Public Health*, *73*, 422-429, 1983.

Schneider, A., Sherman, W. Amnesia: A Function of the Temporal Relation of Fastshock to Electroconvulsive Shock. *Science*, *159*, 219-221, 1968.

Schou, M., Juel-Nielsen, N., Stromglen, E., Voldby, H. The Treatment of Mania Psychoses by the Administration of Lithium Salts. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *17*, 250, 1954.

Sellers, E. Clinical Pharmacology and Therapeutics of Benzodiazepines. *Canadian Medical Association Journal*, *118*, 1533, 1978.

Sellers, E., Kalant, H. Alcohol Intoxication and Withdrawal. *New England Journal of Medicine*, *294*, 757-762, 1976.

Shapiro, D. Empathy, Warmth and Genuineness in Psychotherapy. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, *8*, 350-361, 1969.

Shapiro, J.L., Diamond, M.J. Increases in Hypnotizability as a Function of Encounter Group Training: Some Confirming Evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, *79*, 112-115, 1972.

Sharaf, M., Levinson, O. The Quest for Omnipotence in Professional Training. *International Journal of Pyschiatry*, *4*, 426-442, 1967.

Shaw, B.F. Comparison of Cognitive Therapy and Behavior Therapy in the Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *45*, 543-551, 1977.

Shipton, B., Spain, A. Implications of Payment of Fees for Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *18*, 68-73, 1981.

Shlien, J.M., Mosak, H.H., Dreikurs, B. Effects of Time Limits: A Comparison of Two Psychotherapies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *9*, 313-334, 1972.

Sieman, M.V., Littmann, S.K., Plummer, E., Thornton, J.F., Jeffries, J.J. *Vivre et travailler avec la schizophrénie*. Traduit et adapté par Y. Lamontagne et A. Lasage, Montréal, Edisem et Paris, Maloine, 1983.

Sifneos, P.E. *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1972.

Simpson, M.A. *Medical Education: A Critical Approach*. Butterworths, Londres, pp. 80-88, 1972.

Skegg, D., Richards, S., Doll, R. Minor Tranquilizers and Road Accidents. *British Medical Journal*, *1*, 917-919, 1979.

Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., Whipper, K. Short-Term Analytically Oriented Psychotherapy versus Behavior Therapy. *American Journal of Psychiatry*, *132(4)*, 373-377, 1975.

Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., Whiple, K. Patients Characteristics and Outcome in Psychotherapy and Behavior Therapy. *Journal of Cousulting & Clinical Psychology*, *4*, 336-339, 1976.

Small, L. Crisis Therapy: Theory and Method. IN: G.D. Goldman et D.S. Milman (Eds). *Innovations in Psychotherapy*. Springfield, 111. Charles C. Thomas, 1972.

Smith, M.L., Glass, G.V. Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies. *American Psychologist*, septembre 1977, 752-760.

Solyom, M.L., Heseltime, G.F.D., McClure, D.J., Solyom, C., Ledridge, B., Steinberg, G. Behavior Therapy versus Drug Therapy in the Treatment of Phobic Neurosis. *Canadian Psychiatric Association Journal*, *18*, 25-31, 1973.

Spohm, H.E., Lacoursière, R., Thompson, K., Coyne, L. Phenotiazine Effects on Psychological and Psychophysiological Dysfunction in Chronic Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *34*, 633-644, 1977.

Spring, G., Schweid, D., Gray, C., Steinberg, J., Horwitz, M., Bond, D. A Comparison of Lithium and Chlorpromazine in the Treatment of Manic States. *American Journal of Psychiatry*, *126*, 1306, 1970.

Squire, L.R., Chace, P.M. Memory Functions Six to Nine Months after Electroconvulsive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, *32*, 1557-1564, 1975.

Squire, L., Miller, P. Diminution in Anterograde Amnesia Following-Up Electroconvulsive Therapy. *British Journal of Psychiatry*, *125*, 490-495, 1974.

Squire, L.R., Slater, P.C. Bilateral and Unilateral ECT: Effects on Verbal and Non-Verbal Memory. *American Journal of Psychiatry*, *10*, 1316-1320, 1978.

Stanton, H.E. Change in Self-Insight During an Intensive Group Experience. *Small Group Behavior*, *6*, 487-493, 1975.

Stern, R., Marks, I. Brief and Prolonged Flooding. *Archives of General Psychiatry*, *28*, 270-276, 1973.

Stokes, T.F., Baer, D. An Implicit Technology of Generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *10*, 349-368, 1977.

Stravynski, A., Marks, I., Yule, W. Social Skills Problems in Neurotic Outpatients: Social Skills Training with and without Cognitive Modification. *Archives of General Psychiatry*, *39*, 1378-1385, 1982.

Stravynski, A., Shahar, A. The Treatment of Social Dysfunction in Non Psychotic Outpatients: A Review. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *171*, 721-728, 1983.

Strupp, H. Clinical Psychology, Irrationalism and the Erosion of Excellence. *American Psychologist*, *31(8)*, 561-571, 1976.

Templer, D., Ruff, C., Armstrong, C. Cognitive Functioning and Degree of Psychosis in Schizophrenics Given Many Electroconvulsive Treatments. *British Journal of Psychiatry*, *123*, 441-443, 1973.

Tourney, G. A History of Therapeutic Fashions in Psychiatry 1800-1966. *American Journal of Psychiatry*, *124*, 784-796, 1967.

Truax, C., Carkuff, R. *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*. Chicago, Aldine Press, 1967.

Tyrer, P., Rutherford, D., Huggett, T. Benzodiazepine Withdrawal Symptoms and Propanolol. *Lancet*, *7*, 520-522, 1981.

Uhlenluth, E.H., Lipman, R.S., Covi, L. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy: Controlled Studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *148*, 52-64, 1969.

Warren, D.I. *Neighborhood and Community Contexts in Help-Seeking, Problem Coping and Mental Health: Data Analysis Monograph*. University of Michigan, août 1976.

Weiner, R.D. The Psychiatric Use of Electrically Induced Seizures. *American Journal of Psychiatry*, *136*, 1507-1517, 1979.

Weinman, B., Gelbart, P., Wallace, M., Post, M. Inducing Assertive Behavior in Chronic Schizophrenics: A Comparison of Socio-Environmental Desensitization and Relaxation Therapies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *39*, 246-252, 1972.

Weissberg, M. A Comparison of Direct and Vicarious Treatment of Speech Anxiety: Desensitization, Desensitization and Coping Imagery and Cognitive Modification. *Behavior Therapy*, *8*, 606-620, 1977.

Weissman, M.M. The Psychological Treatment of Depression: Evidence for the Efficacy of Psychotherapy Alone, in Combination with Pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *36*, 1261-1269, 1979.

Weissman, M., Klerman, G.L., Paykel, E.S., Prusoff, B., Hanson, B. Treatment Effects of the Social Adjustment of Depressed Patients. *Archives of General Psychiatry*, *30*, 771-778, 1974.

Welberg, L.R. (ed). *Short-Term Psychotherapy*. New York, Grune and Stratton, 1965.

West, E.D. Electric Convulsion Therapy in Depression: A Double-Blind Controlled Trial. *British Medical Journal*, *282*, 355-357, 1981.

Wharton, R., Fieve, R. The Use of Lithium in the Affective Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, *123*, 706, 1966.

Williams, R.L., Long, J.D. *Toward a Self-Managed Life Style*. Boston, Houghton Mifflin, 1979.

Wilson, I., Vernon, J., Guin, T. A Controlled Study of Treatments of Depression. *Journal of Neuropsychiatry*, *4*, 313-337, 1963.

Wittenborn, J., Plante, M., Burgess, F. A Comparison of Imipramine, Electroconvulsive Therapy and Placebo in the Treatment of Depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *135*, 131-137, 1962.

Wolkon, G.H. Crisis Theory, the Application for Treatment and Dependency. *Comprehensive Psychiatry*, *13*, 459-464, 1972.

Wolpe, J. The Practice of Behavior Therapy (2nd ed). New York, Pergamon Press, 1973.

Wolpe, J., Brady, J.P., Serber, M., Agras, W.S., Liberman, R.D. The Current Status of Systematic Desensitization. *American Journal of Psychiatry*, *130*, 961-965, 1973.

Workam, D.S., Cunningham,D. Effect of Psychotropic Drugs on Agression in a Prison Setting. *Canadian Family Physician*, *21(11)*, 63-66, 1975.

Yalom, I. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, Basic Books, 1975.

Yates, A.J. *Theory and Practice of Behavior Therapy*, New York, Wiley, 1975.

Yates, B.T. Improving the Cost-Effectiveness of Obesity Programs: Three Basic Strategies for Reducing the Cost per Pound. *International Journal of Obesity*, *2*, 249, 1978.

Yates, B.T., Newman, F.L. Findings of Cost-Effectiveness and Cost-Benefit Analyses of Psychotherapy. IN: G.R. Vandenbos (Ed.) *Psychotherapy: Practice, Research, Policy*. Beverly Hill, Sage Publications.

Zitrin, C.M., Klein, D.F., Lindemann, C., Tobak, P., Rock, M., Kaplan, J.H., Ganz, V.H. Comparisons of Short-Term Treatment Regimens in Phobic Patients. IN: R.L. Spitzer et D.F. Klein (Eds). *Evaluation of Psychological Therapies*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1976.

Zitrin, C.M., Klein, D.F., Woerner, M.G. Behavior Therapy, Supportive Psychotherapy, Imipramine and Phobias. *Archives of General Psychiatry*, *35*, 307-316, 1978.

Liste des remerciements

Les auteurs de cet Avis remercient toutes celles et tous ceux qui les ont appuyés dans leur travail.

Ils adressent des remerciements très particuliers aux personnes qui ont procédé pour eux à une importante recension d'écrits pour leur ouvrage, ainsi qu'à une analyse et à une synthèse de ces écrits. Ces remerciements sont adressés à :

Madame Johanne Dompierre
Madame Amparo Garcia
Monsieur Jean Toupin
et Madame Thérèse Dostie

Ils remercient très cordialement aussi toutes celles et tous ceux qui leur ont communiqué de l'information dans le cadre de la consultation qu'ils ont menée auprès du réseau des Affaires sociales, des départements universitaires, des associations, des corporations et de la population sur l'objet de leur recherche. Ces remerciements sont plus spécifiquement adressés à (ou au(x)) :

— La Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec.
— La Corporation professionnelle des psychologues du Québec.
— La Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.
— M. Yvon-Robert Lavoie, du Service d'orientation et de réadaptation professionnelles à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
— M. Michel Mongeon, consultant au D.S.C. de l'Hôpital Sainte-Justine.
— Infirmiers, infirmières, infirmiers et infirmières auxiliaires du Département d'admission du Centre psychiatrique de Roberval.
— Psychologues du Centre psychiatrique de Roberval.
— Dr Sheilagh Hodgins, Ph. D., Directrice du Service de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.
— Madame Louise LaRue, Coordonnatrice du Projet-Nord au Centre hospitalier de l'Université Laval.
— Dr Bernard Magnan, m.d., Directeur des services professionnels au Centre hospitalier Pierre-Boucher.
— L'Association des Hôpitaux du Québec.

— Départements de santé communautaire de l'Hôpital de Chicoutimi et de l'Hôpital de Roberval.
— des intervenants du C.L.S.C. des Grands-Bois et des parents de l'Association des parents 0-5 ans de Chapais et Chibougamau.
— C.L.S.C. Saguenay-Nord.
— des intervenants psychosociaux du C.L.S.C. Châteauguay et Madame Claudine Laurin, Responsable de la ressource alternative « La maison sous les arbres » de Châteauguay.
— Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
— L'Association des centres de services sociaux du Québec.
— Madame Marie Leclerc, du Service de Condition féminine au ministère des Affaires sociales du Québec.
— Madame Laurette Champigny-Robillard, Présidente de l'Office des personnes handicapées du Québec.
— l'École de psycho-éducation de l'Université de Montréal.
— Groupe de recherche sur les pratiques de réseaux de l'École de service social de l'Université de Montréal.
— l'Association québécoise des parents et amis du malade mental — Section Rive-Sud (AQPAMM-RS).
— Madame Micheline Côté, Présidente de l'Association « Psycohésion » de Valleyfield.
— Dr J.-Luc Perron, m.d., psychiatre à Saint-Georges-Ouest.
— Dr Marc Grenier, m.d., de la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé au ministère des Affaires sociales du Québec.

Ils remercient Monsieur Christian Boutet pour la synthèse qu'il fit de toute l'information reçue dans le cadre de cette consultation.

Ils tiennent aussi à exprimer leur reconnaissance pour le support reçu

— au Dr Isaac Marks de l'« Institute of Psychiatry » de Londres.
— au Dr Melvin Sabshin de l'« American Psychiatric Association ».
— au Dr Stephen Goldston, Directeur de l'« Office of Prevention », au « National Institute of Mental Health (NIMH) ».
— au Dr E.L. Struening, du « New York State Office of Mental Health » et de l'Université Columbia.
— au Dr Neil Brown, Directeur de la « Community Support and Rehabilitation Branch » au « National Institute of Mental Health (NIMH) ».

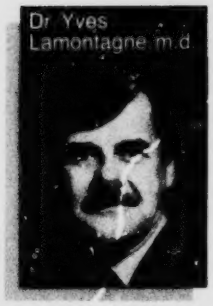
— au Dr George W. Albee, de l'Université du Vermont.
— au Dr Emory L. Cowen, de l'Université de Rochester.
— au Dr David R. Offord, de l'Université McMaster.
— au ministère des Services communautaires et sociaux de l'Ontario.
— au ministère de la Santé de l'Ontario.
— au ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada.
— aux Drs Thornton et Shaw du « Clark Institute of Psychiatry » de Toronto.

Ils remercient Monsieur Pierre Vendette, Secrétaire du Comité de la santé mentale du Québec, pour sa participation à toutes les réunions du Groupe de travail responsable de la préparation de cet Avis et pour ses diverses et nombreuses contributions à la préparation et à la mise en forme du texte de cet Avis.

Ils remercient une fois encore le docteur Marc Grenier pour sa participation à la révision de la forme du texte final de cet Avis.

Ils désirent enfin remercier nommément pour leur appui à la préparation et à la mise en forme de cet Avis les personnes et entités suivantes:

— le Centre hospitalier Côte-des-Neiges.
— la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé, ainsi que le Service aux communautés autochtones de la Direction « Liaison avec les régions périphériques » du ministère des Affaires sociales.
— Mesdames Monique Ingels et Marie-Josée Lessard, étudiantes graduées en psychologie.
— Messieurs Camil Lemire et Marc Custeau, bibliothécaires.
— Mesdames Colombe Barbeau, Diane Berthelet, Anne Duclos, Maude Dubois et Dolorès Nolet-Gosselin, secrétaires.



Psychiatre
Centre de recherche
Hôpital Louis-H.
Lafontaine

Ph.D. (psychologie)
Université Laval

M.S.S., M. Phil.
Centre de services
sociaux du Montréal-
Métropolitain

Ce document évalue les résultats de très nombreuses études sur l'efficacité des modes de traitement en santé mentale les plus utilisés au Québec.

Quatre catégories de traitement sont retenues:

— Les thérapies dites « verbales », où la formulation verbale de la problématique est l'outil de base du traitement. Cette catégorie comprend la psychanalyse et les thérapies d'orientation analytique, les thérapies brèves et de crise, les thérapies de groupe, de couple et de famille, la thérapie comportementale (behaviorale), la thérapie rogérienne et l'analyse transactionnelle.

— Des activités psychothérapeutiques où les interactions verbales sont utilisées dans une forme dramatique ou inhabituelle et qui sont souvent combinées avec des méthodes comportementales spécifiques de réentraînement ou d'état altéré de la conscience. Cette catégorie inclut le psychodrame, le cri primal et la thérapie cognitive.

— Les thérapies utilisant des manipulations physiques ou chimiques de l'organisme. Cette classe inclut la thérapie bioénergétique, le biofeedback et les électrochocs.

— Les thérapies biologiques incluant les neuroleptiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs et le lithium.

Ce document fait également ressortir des facteurs influençant l'efficacité du traitement, telles les qualifications du thérapeute, la fréquence et la longueur des séances de traitement, etc.

Enfin, des commentaires professionnels sont souvent apportés et des recommandations portent sur la recherche, l'éducation et la distribution des services.

Gouvernement du Québec
Ministère des
Affaires sociales

Volume

4

Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale

LA SANTÉ MENTALE

PRÉVENIR, TRAITER ET RÉADAPTER EFFICACEMENT

4 L'EFFICACITÉ DE LA RÉADAPTATION

AVIS
Comité de la santé mentale du Québec
AVIS

Québec

LA SANTÉ MENTALE

PRÉVENIR, TRAITER ET
RÉADAPTER EFFICACEMENT

4 L'EFFICACITÉ DE LA RÉADAPTATION

Québec

Cette publication a été produite par
la Direction générale des publications
gouvernementales

Dépôt légal — 2e trimestre 1985
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-551-0963-6

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Note aux lecteurs IX

Remerciements XIII

Introduction 1

1. Définition du mandat 1
2. Troubles mentaux sévères: nature et ampleur 2
3. Traitement — Réadaptation — Soutien dans la communauté 3
4. Moyens mis en oeuvre pour atteindre los objectifs 4
5. Limites du rapport 6
6. Présentation du rapport 7

Chapitre 1
Cadre conceptuel pour l'analyse de la littérature 9

1.1 La terminologie et l'amorce d'un cadre conceptuel 9

1.2 Le cadre conceptuel 11

1.1.2 Précision sur les variables considérées dans l'investigation 11

1.2.2 L'évaluation des besoins et l'évaluation des programmes 14

Chapitre 2
Efficacité générale des mesures modifiant l'hospitalisation traditionnelle ou servant d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle pour les patients psychiatriques 17

2.1 L'hospitalisation traditionnelle 17

2.2 Modification ou alternatives à l'hospitalisation traditionnelle 19

2.2.1 Hospitalisation brève 19

2.2.2 Hôpital de jour (Hospitalisation partielle) 21

2.2.3 Programmes en externe enrichis — Programmes communautaires 25

2.2.4 Alternative à une institutionnalisation prolongée 29

2.3 Alternatives au traitement traditionnel en externe **30**
2.3.1 Le traitement traditionnel en externe **30**
2.3.2 Ajout minimal **31**
2.3.3 Hôpital de jour (Hospitalisation partielle) **42**
2.3.4 Programmes complets et intégrés **45**
2.4 Programmes cherchant à généraliser les innovations **50**
2.4.1 L'expérience de Sacramento **50**
2.4.2 Programmes du N.I.M.H. **51**

Chapitre 3
Efficacité d'interventions spécifiques **55**
3.1 Ingrédients essentiels aux programmes réussis **55**
3.1.1 L'intervention de crise **55**
3.1.2 Médication appropriée **57**
3.1.3 Intervention familiale **57**
3.1.4 La continuité des interventions **59**
3.2 Traitement **60**
3.2.1 Présence versus absence d'un suivi postcure **60**
3.2.2 Les centres de jour **61**
3.2.3 Médication **62**
3.2.4 Thérapie individuelle ou de groupe **67**
3.3 Réadaptation **70**
3.3.1 Économie de jetons **70**
3.3.2 Entraînement aux habiletés sociales **71**
3.3.3 Entraînement au travail **74**
3.3.4 Hébergement protégé et programmes d'entraînement à la vie quotidienne **75**
3.4 Support social et intervention de réseaux **79**

Chapitre 4
Revue des recherches descriptives et prédictives de résultat 81
4.1 Les facteurs liés à la première admission 82
4.2 Les facteurs qui influencent l'orientation du patient vers un mode d'intervention plutôt qu'un autre 82
4.3 Les facteurs liés à la réadmission des patients psychiatriques 83
4.4 L'identification des caractéristiques des patients psychiatriques et lien avec les services dispensés 91
4.5 En guise de conclusion 96

Conclusion 98

Annexe 105

Bibliographie 109

Liste des remerciements 121

Note aux lecteurs

Cet Avis a été développé à la demande du ministre des Affaires sociales du Québec en vue de faciliter le développement d'une politique de santé mentale. D'autres rapports visant la même fin ont en même temps été mis au point par le Comité de la santé mentale du Québec. Ils portent sur

— la notion de santé mentale,
— les expériences étrangères en santé mentale,
— la protection et le développement de la santé mentale des jeunes,
— et les ressources alternatives en santé mentale.

En regard de ce projet du Québec de se doter d'une politique de santé mentale, il convenait certes de faire le point sur l'efficacité des moyens auxquels ont recours les intervenants en santé mentale et d'amasser quelques autres données susceptibles de suggérer pour le moins des études d'efficience dans ce secteur.

L'importance de l'efficacité et de l'efficience en santé est de plus en plus reconnue, ici et ailleurs. C'est ainsi que des collègues belges — qui ont récemment procédé à une évaluation du système de santé de leur pays — présentent comme suit dans leur rapport[1] les critères sur lesquels ils ont cru bon de s'appuyer pour faire leur évaluation :

« Notre bilan sera donc présenté selon les critères suivants :
Nous attendons de notre système de santé,

1. qu'il soit juste dans ses résultats et tende à réduire les inégalités sociales face à la santé
2. qu'il soit adapté à l'être humain, c'est-à-dire qu'il soit à la fois « chaleureux » et favorable à l'autonomie de la personne humaine
3. qu'il soit efficace et efficient. »

1 Comité du Germ : « 1945-1984 : Vers une politique de santé ? Un bilan de notre système de santé », dans *Les Cahiers du Germ*, no 178, 1984.

Revenant sur ces critères, ils précisent ailleurs le sens qu'ils accordent aux concepts d'efficacité et d'efficience:

> « Nous attendons de notre système de santé qu'il soit juste socialement, qu'il soit adapté à l'être humain, mais aussi bien sûr qu'il contribue à améliorer la santé de la population (c'est-à-dire qu'il soit « efficace ») et ce au moindre coût (c'est-à-dire qu'il soit « efficient ») ».

Cet Avis — que composent quatre documents[2] — est l'oeuvre principalement de trois des membres du Comité de la santé mentale du Québec, soit du Dr Yves Lamontagne, Directeur du Centre de recherche psychiatrique à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, du Dr Francine Lavoie, Professeure de psychologie à l'Université Laval, et de madame Lise Tessier, Conseillère cadre au Service de la planification et de la programmation du Centre de services sociaux du Montréal-Métropolitain.

Le Comité de la santé mentale du Québec a été créé en 1971. Il a pour mandat général de coopérer à la réalisation des activités de planification dont le ministère des Affaires sociales a la responsabilité dans le champ de la santé mentale. Ses membres sont nommés par le gouvernement du Québec. Ils proviennent du secteur des Affaires sociales, des universités, et incluent des représentants des utilisateurs des services de santé mentale et de leurs familles.

Au moment de l'achèvement de cet Avis sur l'efficacité des modes d'intervention en santé mentale, le Comité est composé comme suit:

Gaston Harnois, président,
Roger Paquet, vice-président,
Ellen Corin,
Nicole Fontaine,
Christine Gourgue,
Frédéric Grunberg,
Michelle FitzGerald,

---

2 Comité de la santé mentale du Québec, *La santé mentale: prévenir, traiter et réadapter efficacement — Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale*
1- Synthèse et recommandations
2- L'efficacité de la prévention
3- L'efficacité du traitement
4- L'efficacité de la réadaptation
Éditeur officiel du Québec, 1985.

Laurent Houde,
Mireille Lajoie,
Yves Lamontagne,
Francine Lavoie,
Maurice Roy,
Guylaine Séguin-Tremblay
et Lise Tessier.
Enfin, Pierre Vendette agit à titre de secrétaire du Comité.

Gaston Harnois

Le 1er janvier 1985

Remerciements

Les principaux auteurs de cet Avis ont bénéficié de très nombreux et très précieux appuis pour sa préparation. On trouvera, à la fin de ce document, une longue liste de personnes et d'organisations auxquelles ils adressent des remerciements. Certaines collaborations ne pouvant être mentionnées pour diverses raisons, les auteurs n'en adressent pas moins à ceux qui en furent responsables l'expression de leur vive reconnaissance.

Introduction

1. Définition du mandat

À l'origine, le mandat pour ce travail était de préparer une revue des recherches scientifiques de qualité portant sur l'efficacité des interventions de *réadaptation*, qu'elles s'effectuent à l'intérieur de l'hôpital ou dans la communauté.

Il est apparu très tôt que nous avions un problème de définition. Pour certains, le travail de réadaptation se situe sur le plan de la personnalité :

> « Le terme réadaptation désigne les mesures qui ont pour objectif immédiat d'adapter une personnalité donnée aux exigences d'un système social »[1]

D'autres, sans définir le terme comme tel, cernent ce domaine en listant une série d'interventions visant des apprentissages et des changements instrumentaux (ce que nous appelons dans ce texte « réadaptation fonctionnelle ») :

— entraînement aux habiletés sociales et économie de jetons
— entraînement au travail
— entraînement aux habiletés de la vie quotidienne.

Parfois ces possibilités d'apprentissage sont offertes à des patients internés, parfois elles sont offertes à ceux qui bénéficient d'un hébergement protégé dans la communauté (familles d'accueil, foyers de groupe, appartements supervisés), parfois elles sont offertes dans des centres de réadaptation.

Enfin, est en train d'émerger une littérature récente [Quider et Got (1982) en France — Wing (1981) et Bennett (1984) en Angleterre — Anthony (1979) et Lambs (1982) aux États-Unis] cherchant à définir l'ensemble des interventions nécessaires à long terme pour le malade psychiatrique. La majorité des auteurs eux les réunissent sous le terme « réadaptation ». Certains utilisent plutôt le terme « traitement ». Ceci soulève donc la question de savoir ce que sont les interventions nécessaires à long terme pour le malade psychiatrique et la question des relations entre « traitement » et « réadaptation ».

---

1 Rapoport, R.N. (1974) — La communauté thérapeutique, F. Maspero, Paris.

D'autres encore, comme le NIMH aux États-Unis, (par suite du mouvement de désinstitutionnalisation et de la disponibilité de ressources financières pour le maintien des malades mentaux chroniques dans la communauté) ont popularisé l'appellation « Community Support System » (CSS) tout en s'interrogeant sur ce que devraient inclure de tels systèmes de soutien et sur ce qu'est un système complet et intégré de services [Turner (1979)]. Le département concerné du NIMH appelé autrefois « Rehabilitation Branch » s'appelle donc maintenant « Community Support and Rehabilitation Branch ». C'est donc une ouverture sur tout le champ des alternatives à l'hospitalisation et sur des modes de suivi en externe beaucoup plus élaborés que la clinique externe traditionnelle. On déborde aussi le champ plus étroit de la réadaptation fonctionnelle.

Étant donné l'importance du mouvement de désinstitutionnalisation et toutes les questions qu'il soulève, étant donné qu'une politique de santé mentale ne peut les éviter, nous avons décidé d'élargir notre mandat afin de chercher à cerner quelles sont les interventions à long terme reconnues efficaces et nécessaires au malade mental (incluant la réadaptation en interne ou en externe) mais en nous intéressant plus particulièrement aux interventions dans la communauté.

2. Troubles mentaux sévères : nature et ampleur

Il existe plusieurs formes de troubles mentaux, certains plus graves que d'autres. Nous ne nous intéressons dans ce document qu'aux formes les plus sévères, c'est-à-dire correspondant aux diagnostics de schizophrénie et de psychoses affectives (environ 80 % des utilisateurs de services) de même qu'aux formes les plus graves des états anxieux ou phobiques, les névroses obsessionnelles et les troubles de personnalité. La plupart des études auxquelles nous nous référerons ont exclu les patients souffrant de démence, de maladies organiques graves, d'un handicap intellectuel sévère ou encore d'alcoolisme ou de toxicomanie.

Même si chacun de ces troubles mentaux présente un pattern d'incapacités qui lui est propre et même si dans chacune de ces catégories, un certain nombre de patients après un épisode aigu peuvent retrouver un fonctionnement normal, il n'en reste pas moins qu'ils ont tous en commun qu'un certain nombre de patients souffrant de ces troubles demeurent avec une incapacité à long terme nécessitant aide et soins.

Cette incapacité se traduit principalement en termes sociaux: stigma, absence de supports sociaux, pauvreté, chômage, isolement, qui sont dus à la maladie ou qui agissent comme facteurs précipitants de la maladie. Elle se traduit aussi par une perte de confiance en soi et d'estime de soi qui mènent à une capacité encore plus réduite de faire face à des difficultés qui sont déjà majeures. Il s'agit donc d'une population vulnérable qui au moindre stress est en danger de rechute.

3. Traitement — Réadaptation — Soutien dans la communauté

Tant que les guérisons ont été rares dans les maladies mentales et avant l'avènement des psychotropes qui ont indiscutablement amené une modification de l'évolution des psychoses et fait de plus en plus parler de stabilisation dans les affections de longue durée, le problème de la réadaptation et du soutien dans la communauté ne s'est pas posé. Quelques privilégiés dont la folie était plus douce et le milieu tolérant pouvaient se maintenir dans leur famille ou la réintégrer après une période de soins. Mais, dans la plupart des cas, la seule technique envisageable était le retrait du malade de la société afin de protéger le malade de lui-même et des autres. Il s'agissait donc d'une thérapeutique par l'exclusion.

En général, lorsqu'on parle de « traitement » on se réfère à l'ensemble des techniques psychiatriques qui visent à la disparition des symptômes et à l'adaptation du patient à son organisme. Et depuis l'avènement des psychotropes on réussit de mieux en mieux dans un très grand nombre de cas à en arriver à une stabilisation des troubles mentaux. Lorsqu'on parle de « réadaptation », on se réfère à l'ensemble des techniques qui visent à l'acquisition d'une compétence sociale.

Adaptation clinique et adaptation sociale sont loin de toujours coïncider dans le temps.

Au niveau du traitement on s'intéresse à la guérison ou à la stabilisation de la maladie. Au niveau de la réadaptation on mise sur les forces résiduelles positives du patient, lui permettant de renforcer sa compétence, peu importe sa pathologie.

On se retrouve donc dans une situation fort complexe cherchant à maintenir chez des personnes très vulnérables un équilibre clinique et un équilibre social à long terme tout en respectant leur désir et les aidant à réaliser et formuler un projet de vie qui leur soit propre

et qui soit réalisable compte tenu de leur handicap, et ce dans la communauté.

La présente recension des écrits vise donc à rechercher les interventions et les programmes qui y arrivent avec une certaine efficience et une certaine efficacité à long terme.

Nous sommes conscients cependant que le seul témoignage des écrits recensés dans la littérature sur l'efficacité des interventions ne saurait répondre à toutes les questions posées par le désir de formuler une politique et ne saurait non plus résoudre toute la question des interventions efficaces. Nous espérons cependant qu'elle pourra offrir des jalons utiles.

4. Moyens mis en oeuvre pour atteindre les objectifs

Afin de réaliser les objectifs du mandat, essentiellement une recension des écrits, trois actions furent entreprises : i) repérage des références bibliographiques par voie informatisée ; ii) consultation de chercheurs qui effectuent des travaux similaires ; iii) consultation d'organismes spécialisés dans le champ du mandat octroyé.

I) Repérage bibliographique par voie informatisée

Nous avons sollicité deux banques de données bibliographiques dans le cadre du repérage des références par voie informatisée.

La banque « MEDLINE » couvre la période de 1980 à juillet 1983 et rend compte essentiellement de la littérature d'origine médicale. La banque « PSYCINFO » inclut la littérature de 1967 à avril 1983 et témoigne des écrits du secteur de la psychologie principalement. Afin d'obtenir les travaux les plus pertinents à notre mandat nous avons questionné les banques de données à l'aide de mots clés qui circonscrivaient le champ de notre travail. La consultation initiale de la banque « MEDLINE » répertoriait 1 876 références, alors que la banque « PSYCINFO » témoignait de 3 194 références. Cette masse de documents rend bien compte de l'ampleur du secteur qui est couvert par la réadaptation et les systèmes du support dans la communauté. Afin d'être réaliste quant au temps disponible pour atteindre les objectifs du mandat, tout en nous assurant de couvrir notre secteur d'investigation, nous avons réintroduit d'autres mots clés lors d'une nouvelle consultation des banques bibliographiques pour restreindre le nombre de références recensées. En utilisant les mots « études expérimentales », « études contrôlées » et « schémas expérimentaux », le nombre de références obtenues fut considérablement réduit. La banque « MEDLINE » permit d'obtenir 24 référen-

ces, alors que la banque « PSYCINFO » en offrit 40. La question dès lors qui se posait était celle de la représentativité des études recensées par rapport au secteur investigué. Notre hypothèse fut à l'effet que les 64 références ne témoignaient pas de façon exhaustive du champ de la réadaptation et des systèmes de soutien dans la communauté et se devaient d'être complétées par d'autres méthodes.

En outre, nous avons sollicité par une seconde consultation les banques bibliographiques (« Medline », « Psycinfo », « Health Planning and Administration ») à l'aide d'autres mots clés, plus indirectement reliés à notre objet d'investigation, afin de nous assurer de répertorier l'ensemble des écrits pertinents. La consultation de la banque bibliographique « Health Planning and Administration » rend compte des ouvrages publiés entre 1975 et mars 1983; 201 références furent ainsi obtenues. La banque « MEDLINE » a offert 19 références de plus, alors que la consultation de la banque « PSYCINFO » répertoriait 148 références à partir des mots clés que nous avons fournis. L'inclusion de ces recherches à l'intérieur du rapport nous a permis de témoigner *d'études descriptives*. Ce type de recherches met en lumière une problématique mais ne tente pas d'établir un lien causal entre la problématique et, par exemple, une intervention. En cela nous débordons quelque peu de notre mandat. La considération de ces recherches nous semblait profitable parce qu'elles permettent de décrire fidèlement la problématique qui nous occupe et que d'autre part, elles induisent la formulation de diverses hypothèses sur la problématique. Le détail des mots clés utilisés, du nombre de références recensées et des résumés des articles répertoriés par ce moyen sont disponibles en annexe I.

ii) Consultation de chercheurs effectuant des travaux similaires

Un certain nombre de personnes furent consultées soit par l'intermédiaire de leurs écrits, soit directement, en raison de la similitude des travaux qu'ils avaient complétés ou amorcés par rapport à notre mandat. Ces recherches n'étaient pas publiées et constituent donc une autre catégorie d'ouvrages auxquels nous avons eu accès. Ces consultations permettaient de s'assurer que le champ de la littérature investiguée serait couvert. Les écrits étudiés furent ceux de Louise Gaston et Sheila Hodgins (1983)[1] et de Doris

1 Louise Gaston et Sheila Hodgins — Services communautaires auprès des patients « chroniques », Cahier de recherche n° 4, Institut Philippe Pinel de Montréal. Miméographie juin 1983.

Rowley[2] (1982). Finalement, le Dr Elmer Struening, Ph.D., directeur du Epidemiology of Mental Disorders Research Department, Psychiatric Institute, New York State Office of Mental Health et Université Columbia à New York nous fut d'un précieux secours pour le repérage des écrits.

iii) Consultation d'un organisme spécialisé

Le « National Institute of Mental Health » (NIMH) nous a fourni une liste de références couvrant de nombreux secteurs (aspects légaux, groupes naturels d'entraide, support de la communauté, désinstitutionnalisation, etc.). Ce répertoire permit également de vérifier l'exhaustivité de la revue de littérature que nous avons effectuée.

5. Limites du rapport

Les limites du rapport sont imputables à deux contraintes majeures: la revue partielle de la littérature et l'ampleur du mandat confié.

i) Limites de la littérature recensée

Idéalement une revue de la littérature se devrait d'être la plus exhaustive possible. Comme nous l'avons souligné dans la section 1.2, l'analyse de quelque 5 500 références obtenues de diverses sources n'était pas réalisable dans le cadre de notre mandat. Dans les circonstances, nous avons opté pour ne relever, dans le secteur des études analytiques, que les recherches synthèses. Ce choix est justifiable parce que ces dernières sont très récentes et répertorient toutes les études pertinentes à une thématique donnée. Il n'existe pas d'assurance de l'exhaustivité du secteur investigué par ces recherches synthèses; cependant plusieurs études synthèses s'intéressent à chacune des variables que nous avons couvertes et les dates en sont très récentes.

Malgré toutes ces démarches il ne nous semble pas possible d'affirmer que *toute* la littérature relative à l'efficacité des systèmes de support dans la communauté et de la réadaptation en santé mentale fut recensée. Il est même probable qu'un certain nombre de textes n'ont pu être répertoriés, soit en raison du fait qu'il s'agissait d'études non publiées, ou parce que les mots clés que nous avons utilisés n'ont pas permis de les obtenir.

---

2 Doris Rowley — Ressources alternatives en santé mentale. Travail présenté au Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec. Été 1982.

Cependant, nous croyons avoir utilisé suffisamment de sources de référence différentes pour garantir un niveau suffisant d'exhaustivité.

ii) Limites en regard du mandat confié

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'objectif ultime de ce travail est de contribuer à l'élaboration d'une politique de santé mentale au Québec. Dans cette perspective, l'applicabilité des interventions dans le contexte québécois, l'importance numérique de la population bénéficiant de l'intervention et les coûts seront donc des facteurs d'intérêt considérable. Donc, outre le critère d'efficacité des interventions, d'autres paramètres s'ajoutent lors de l'analyse de la littérature. La considération de ces critères impose des contraintes sur le type de recherche pertinente à relever dans la littérature. Or la littérature qui traite de la réadaptation et du support dans la communauté est animée de valeurs, croyances et idéologies ; pas nécessairement au niveau de la conduite de la recherche, mais plutôt des motifs qui ont inspiré sa réalisation. Les limites de ce rapport sont donc celles d'un relevé des écrits recensés, ce qui ne constitue pas nécessairement une réponse *directe, complète et objective* aux types de questions issues du mandat d'élaboration d'une politique de santé mentale.

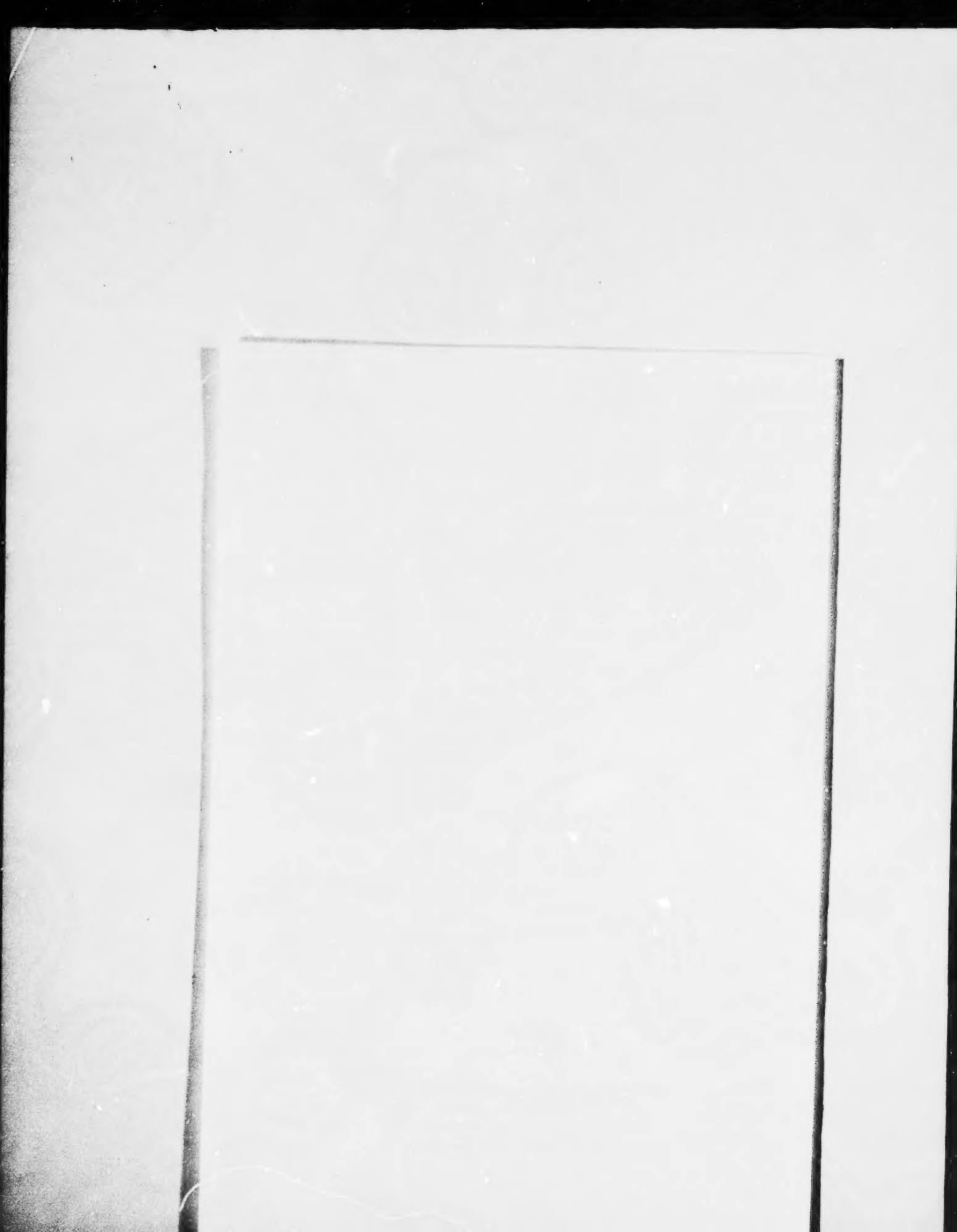
6. Présentation du rapport

Le premier chapitre présente le cadre conceptuel que nous avons adopté afin de cerner l'efficacité du soutien dans la communauté et de la réadaptation en santé mentale. Nous traiterons dans ce chapitre de la définition du terme « efficacité » et préciserons les diverses variables considérées dans ces recherches.

Le chapitre 2 cerne l'efficacité globale des mesures de résultat des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle.

Le chapitre 3 décrit les recherches de type analytique qui ont porté sur les services, les ressources, les programmes et les environnements de réadaptation ou de soutien dans la communauté.

Le chapitre 4 relève les études descriptives qui se rapportent au champ de la réadaptation et des systèmes de soutien dans la communauté. Parmi les variables considérées notons celles qui sont relatives aux clients (démographiques, diagnostiques) et à son environnement (social, écologique, communautaire).



Chapitre 1

Cadre conceptuel pour l'analyse de la littérature

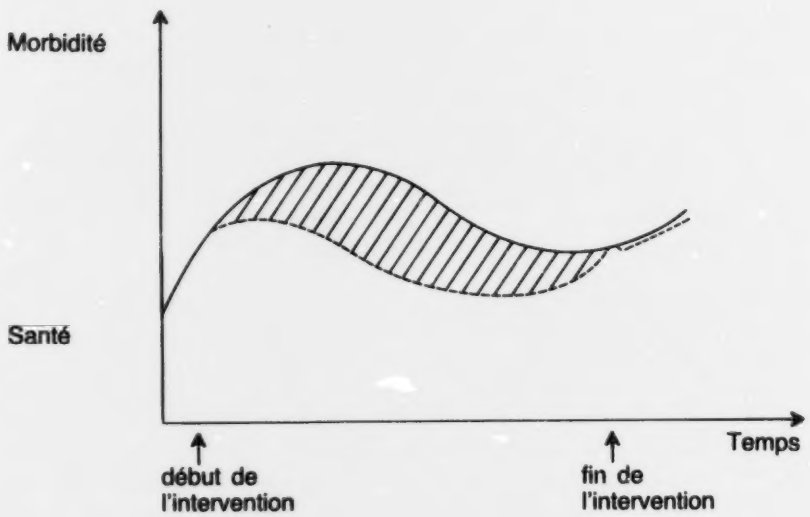
Ce chapitre tente de cerner plus spécifiquement le champ d'investigation du rapport et de l'intégrer à un cadre conceptuel plus large. Nous traiterons donc successivement de la terminologie et de ses implications, puis du cadre conceptuel qui a prévalu pour la compréhension des recherches recensées.

1.1 La terminologie et l'amorce d'un cadre conceptuel

Le premier terme utile à définir est celui de l'efficacité. On entend par efficacité une notion de *résultat* obtenu à partir d'un phénomène particulier (intervention, temps...) Ainsi, l'efficacité peut se définir comme les effets sanitaires obtenus auprès de la *population cible*. En cela nous distinguons l'efficacité de l'utilité, qui se caractérise par les effets sanitaires obtenus auprès des *individus rejoints* par le programme. De plus, l'efficacité se différencie du rendement, puisque le rendement est le rapport obtenu entre les effets sanitaires et les ressources déployées. Dans la perspective de nos préoccupations on doit, d'après ces définitions, mesurer l'effet d'interventions de réadaptation et de support dans la communauté. Cela suppose de connaître l'état de santé d'un groupe d'individus (population cible) préalablement à une intervention et de déduire, par suite à l'application de la mesure, la modification de l'état de santé de la population cible. Cependant tout n'est pas aussi simple, parce que les informations ne nous permettent pas de savoir quelle aurait été l'évolution de l'état de santé en l'absence d'intervention. Il est effectivement possible que le simple passage du temps soit aussi « efficace » que l'intervention. Bref, il faut contrôler l'effet du simple passage du temps par l'état de santé et le déduire des effets de l'intervention. La figure 1 illustre ce phénomène.

Figure 1

La mesure de l'efficacité d'une intervention sur la maladie en comparaison avec l'absence d'intervention



___ évolution naturelle de la maladie.

– – évolution de la maladie suite à une prise en charge.

//// contribution de la prise en charge.

Si l'on parvient à contrôler cette variable (ce qui est rare) on peut connaître l'efficacité de l'intervention. Cela est possible si on s'assure que les deux groupes d'individus considérés (ceux qui bénéficient d'une intervention et ceux qui n'en bénéficient pas) sont en touts points identiques au départ et qu'aucune autre variable que la prise en charge n'a influencé différentiellement les deux groupes entre le début et la fin de l'intervention. Il s'agit, pour confirmer l'efficacité d'une intervention, de démontrer un lien causal entre l'intervention et le résultat obtenu. Ces études utilisent un schéma expérimental ou quasi expérimental [Shulberg (1981)]:

- isoler la variable dépendante et manipuler la variable indépendante;
- maximiser l'influence des variables indépendantes et minimiser les sources de variance.

L'adhésion à un modèle théorique de compréhension de l'efficacité n'est cependant pas encore suffisant pour la réalisation d'études portant sur l'efficacité des interventions de réadaptation et de support dans la communauté. Il s'avère en plus indispensable de se référer à la mesure concrète des effets de l'intervention auprès de la population cible. Ultimement c'est la validité des mesures de ses résultats qui témoigneront de la valeur de la recherche. Dans le cadre des recherches portant sur la réadaptation et sur le support dans la communauté, la mesure de résultat la plus appropriée apparaît être celle de la santé mentale. Idéalement, il serait souhaitable à partir, par exemple, de la définition de la santé mentale qu'a donnée l'Organisation mondiale de la santé, d'établir des critères de résultat et de les pondérer selon leur importance. Or, il n'y a consensus ni sur la définition de la santé mentale, ni sur l'importance relative des divers critères de santé mentale. Dans ce contexte l'évaluation de l'efficacité de la réadaptation est facilement partielle. En plus, il faut reconnaître que la santé mentale d'un individu n'est pas influencée par le seul fait des facteurs des restaurations (l'intervention). On reconnaît que la santé mentale est influencée, en plus, par des facteurs prédisposants (génétiques, morphologiques, âge, sexe...), des facteurs dégradants (maladie accidents, environnement, profession, stress, habitudes de vie négatives...) et des facteurs de promotion (hygiène, habitude de vie positive, prévention primaire, information-éducation...) Aussi la qualité des conclusions tirées des recherches dépendra de la capacité des auteurs à distinguer entre les effets imputables à l'intervention et les effets imputables à d'autres facteurs. À ce stade, on connaît un modèle méthodologique pour mesurer l'efficacité des interventions, même s'il est imparfait.

1.2 Le cadre conceptuel

Il s'agit maintenant d'intégrer et de situer notre thématique d'investigation (efficacité — santé mentale — réadaptation — soutien dans la communauté), en regard d'un cadre plus général.

1.2.1 Précisions sur les variables considérées dans l'investigation

Le fait d'investiguer l'efficacité des interventions de réadaptation et de support dans la communauté en santé mentale implique la considération d'un certain nombre de variables. En premier lieu, il sera nécessaire de tenir compte d'un grand nombre de variables liées au bénéficiaire de l'intervention. On devra répertorier notam-

ment les variables comme: sexe, âge, classe sociale, intelligence, statut civil, motivation, attitude face aux problèmes, attentes, diagnostic, chronicité, symptômes, etc. En second lieu, on sera tenu de détailler les interventions effectuées auprès des bénéficiaires cibles. Les variables liées au service offert (par exemple, pharmacothérapie, psychothérapie..., dosage de la médication, fréquence; fréquence et durée de la psychothérapie...) et à la ressource humaine qui dispense le service (par exemple, médecin, pharmacien... psychologue, psychiatre... expérience pertinente au service offert, attentes, motivation face au client...) seront alors considérées. Lorsqu'une intervention impliquera plus d'un service et plus d'une ressource on parlera alors de programme, celui-ci se définissant par l'amalgame de divers services-ressources. Finalement il faudra relever les variables pertinentes à l'environnement qui est considéré dans la dispensation des services et des programmes et à l'environnement de réinsertions dans la communauté (l'environnement physique: l'hôpital, la communauté... le nombre de sujets traités..., l'environnement psychologique: la famille, d'autres patients, le support social...). Le tableau 1 synthétise l'information nécessaire pour rendre compte des interventions de réadaptation et de soutien dans la communauté.

Tableau 1

Sommaire des informations nécessaires pour présenter les recherches portant sur la réadaptation et les systèmes de soutien dans la communauté

Variables liées aux bénéficiaires considérés
• variables démographiques
• variables cliniques
Variables liées à l'intervention posée
• variables selon les services
• variables selon les ressources
• variables selon les programmes
Variables liées à l'environnement
• variables de l'environnement physique et psychologique lors de l'intervention
• variables de l'environnement physique et psychologique lors de la réinsertion

Il nous faut maintenant intégrer ces informations relatives aux recherches et les facteurs liés à notre mandat. Un individu est dans un état de santé mentale X qui se mesure par un certain nombre de caractéristiques (les variables liées aux bénéficiaires considérés). À la suite d'une décision, une intervention qui se définit par un certain nombre de caractéristiques (les variables liées à l'intervention posée et les variables liées à l'environnement) produit un résultat ou un effet sur l'état de santé mentale. On dira d'une intervention qu'elle est plus ou moins efficace selon que ses résultats sont plus ou moins supérieurs au simple passage du temps. Le tableau 2 offre un sommaire du cadre conceptuel adopté pour l'analyse des recherches.

Tableau 2

Cadre conceptuel utilisé pour l'analyse des recherches en réadaptation et portant sur les systèmes de support dans la communauté du point de vue de l'efficacité de l'intervention

État de santé mentale d'une population cible

- variables démographiques et cliniques liées aux bénéficiaires considérés

Intervention de réadaptation et systèmes de support dans la communauté

- variables liées aux services, aux ressources, aux programmes et à l'environnement d'intervention et réinsertion

Résultats de l'intervention

- effets sur l'état de santé mentale, déduction de l'efficacité

1.2.2. L'évaluation des besoins et l'évaluation des programmes

Avant de clore ce chapitre sur le cadre conceptuel il apparaît utile de situer l'évaluation de l'efficacité des interventions par rapport à l'évaluation des besoins. L'évaluation de l'efficacité des interventions, plus fréquemment nommée évaluation des programmes, est définie par Attkisson, Broskowrski (1978) comme:

- le processus de faire des jugements raisonnables sur les efforts, l'efficacité, le rendement et la suffisance des programmes...
- basé sur une collecte des données et une analyse systématiques;
- visant la gestion des programmes, la responsabilité externe, et la planification future;
- avec un point de mire particulier quant à l'accessibilité, l'acceptabilité, la connaissance, la portée, la continuité, l'intégration et le coût des services[1].

Alors que l'évaluation des besoins est selon Siegel, Attkisson, et Carson (1978):

- un système d'écoute de l'environnement...
- visant la mesure et le jugement sur la pertinence des programmes, leur justesse et suffisance;
- basé sur une collecte et analyse systématique de l'information;
- sur les besoins de services de santé et humains;
- tels que filtrés par les niveaux multiples des perspectives sociales, et
- tels que générés par de multiples approches de mesures[2].

Siegel *et al.*, (1978) croient que l'évaluation des besoins offre un système afin de planifier et de modifier les programmes à partir d'une évaluation continue des besoins de la communauté. D'autre part, l'évaluation des programmes apprécie l'atteinte des buts et mandats par les programmes. Cette distinction introduit à notre avis les *limites d'une évaluation de l'efficacité* des interventions en santé mentale. Il est possible par une évaluation des programmes d'apprécier leur efficacité; toutefois cela ne nous renseigne pas sur les

---

1 Attkisson, C.C., Broskowrski, A. (1978) Evaluation and the emergency human service concept. *IN* C.C. Attkisson, W.A. Hargreaves, M.J. Horowritz, J.E. Sorensen. *Evaluation of human service programs*. Academic press, 1978, p. 24.

2 Siegel, L.M., Attkisson, C.C., Carson, L.G. (1978) Need identification and program planning in the community context, *IN* C.C. Attkisson, W.A. Hargreaves, M.J. Horowritz, J.E. Sorensen. *Evaluation of human service programs*. Academic press, 1978, p. 223.

éléments manquants de ce programme et qui amélioreraient son efficacité. Ainsi, la limite de cette évaluation est qu'elle ne nous renseigne que sur les programmes existants. Et les chercheurs ayant évalué ces programmes ne justifiant que rarement la définition des programmes mis en place, on n'a que rarement la possibilité de juger du bien-fondé de la définition d'un programme. Si l'on caricature, on peut dire qu'il est consacré plus d'énergie à l'évaluation de l'efficacité du programme qu'à la définition du programme le plus pertinent possible. Donc la seule garantie qu'offre la recherche évaluative c'est de rendre compte des effets des programmes déjà définis, et elle n'apporte que peu à l'inclusion de nouveaux éléments pour définir de nouveaux programmes susceptibles d'être plus efficaces. Une seconde limite de la recherche évaluative, et cela selon la stratégie expérimentale utilisée, concerne l'identification des programmes les plus susceptibles d'être efficaces auprès d'une clientèle cible donnée. La détermination d'un programme pour une clientèle cible suppose que l'on se soit assuré du *pairage le plus adéquat*. Or, on ne relève que rarement dans les études consultées les moyens qui justifient d'offrir tel programme à telle clientèle cible. Au contraire, la méthode expérimentale la plus fréquemment utilisée en recherche évaluative est celle de la « randomisation ».

Si cette méthode offre des avantages parce qu'elle assure la comparabilité des groupes étudiés, elle offre cependant le désavantage de n'établir aucune relation entre une clientèle cible spécifique et un programme spécifique. En conclusion, l'aboutissement d'une recherche évaluative qui mènerait à affirmer que tel programme est inefficace, pourrait être contestée sur la base que cette étude n'a pas évalué un programme qui a été défini en adéquation avec la clientèle cible visée.

En résumé, l'évaluation de l'efficacité des programmes de réadaptation et des systèmes de support dans la communauté pose d'importants problèmes. *La définition et l'identification des critères d'efficacité de l'intervention seront partiels et d'une validité limitée*. De plus, *le contrôle de toutes variables susceptibles d'influencer l'efficacité* (passage du temps, facteurs prédisposants, facteurs dégradants, etc.) *apparaît difficile à réaliser*. Finalement, *il s'avère difficile de caractériser précisément et exhaustivement l'intervention; elle implique une multiplicité de facteurs* (caractéristiques des services et programmes, des pourvoyeurs de soins, des lieux d'intervention, etc.) et *elle suppose un jugement professionnel variable* (le pairage entre l'intervention et le sujet de l'intervention).

Malgré ces limites méthologiques générales, la littérature comporte un grand nombre de recherches valables eu égard aux connaissances actuelles sur la santé mentale. Elles ne peuvent démontrer de façon *irréfutable* la supériorité d'une intervention par rapport à une autre, compte tenu de la multiplicité des variables considérées, mais l'abondance des recherches aboutissant à une même conclusion peut contribuer significativement à répondre à cette question.

En résumé

Au point de vue méthodologique, nous avons retenu les recherches utilisant un schéma expérimental sauf pour le chapitre 4 qui présente des études descriptives permettant d'élaborer des hypothèses et de pousser plus loin la réflexion.

Au point de vue contenu, nous avons dans un premier temps cherché à savoir si les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle étaient efficaces (ch.2) et dans un second temps nous avons tenté de cerner l'efficacité relative des interventions prises individuellement ou encore les facteurs communs de programmes réussi (ch. 3).

Chapitre 2

Efficacité générale des mesures modifiant l'hospitalisation traditionnelle ou servant d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle pour les patients psychiatriques

Nous nous référons ici à quatre types de mesures:

- celles qui diminuent la durée de l'hospitalisation traditionnelle (hospitalisations brèves);
- celles qui se traduisent par une hospitalisation partielle (programme de jour);
- celles qui sont carrément des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle (programmes en externe enrichis ou programmes communautaires);
- celles qui sont des alternatives à une hospitalisation à long terme.

Cependant, afin de mieux situer la question des modifications ou alternatives à l'hospitalisation traditionnellle, il est utile de cerner d'abord les constats qui ont été faits sur l'hospitalisation traditionnelle.

2.1 L'hospitalisation traditionnelle

Parmi les articles synthèses que nous avons analysés, quatre abordent la question de l'efficacité des traitements hospitaliers traditionnels sur la réadaptation des patients psychiatriques [Anthony *et al.*, (1972, 1978); Erickson, (1975); Test et Stein, (1978a)]. Comme chacun de ces écrits analyse des points distincts, nous les présenterons successivement.

Dans l'article d'Erickson (1975), les études retenues comparent, sur un certain nombre de variables, le degré d'ajustement présenté par divers groupes de patients avant et après une hospitalisation. De l'analyse de cet auteur, il ressort qu'un traitement institutionnel peut soit:

- favoriser une amélioration des comportements en général et, plus précisément, sur les plans familial, interpersonnel, récréatif et financier [Gurel, (1965, 1968, 1970)];

- engendrer des difficultés au niveau de la possibilité de conserver un emploi. Ici deux études [Walder & Mc Court, (1965); Hall *et al.*, (1966)] rapportent qu'un nombre important de patients ont perdu leur emploi à la suite d'une hospitalisation;
- plus ou moins influencer l'adaptation sociale ultérieure, en dehors de l'hôpital. Dans cette direction, Schooler *et al.*, (1967) montrent que seulement 11 % des sujets de leur échantillon ont présenté, une fois de retour dans la communauté, un niveau de fonctionnement social équivalent à celui d'une personne dite normale. D'autre part, Sanders *et al.*, (1967) observent que 84 % de leurs patients chroniques persistent à présenter des problèmes psychiatriques, au moment de la relance, et que 69 % sont considérés comme ayant un fonctionnement anormal ou limité.

S'inspirant d'une autre série d'études [Davis *et al.*, (1972); Ellsworth *et al.*, (1968); Hastings, (1958); Lamb et Goertzel, (1972); Levenstein *et al.*, (1966); Leyberg, (1965); Sanders *et al.*, (1967); Soakes *et al.*, (1969); Spiegel & Younger, (1972)], Erickson (1975) souligne ce qui suit.

Habituellement, les soins hospitaliers psychiatriques poursuivent le seul but de rétablir, à un niveau « pré-morbide », le fonctionnement du sujet. Cependant, il faut savoir que celui-ci est et demeure souvent précaire chez le malade chronique en particulier.

Bref, de conclure Erickson, l'hospitalisation semble produire beaucoup plus d'effets sur la réduction des symptômes que sur le fonctionnement psychosocial en général [Ellsworth *et al.*, (1968); Mc Parlond & Richart, (1966); Pasamanick *et al.*, (1967)].

Par ailleurs, s'appuyant sur les écrits de différents auteurs, Test et Stein (1978a) illustrent les effets débilitants d'un traitement institutionnel à long terme et évaluent les efforts ayant été faits dans le but de remédier à ce problème.

À la lumière des résultats de cinq études [Wing & Brown, (1961); Linn, (1970); Paul, (1969); Sanders *et al.*, Fairweather, (1964)] ayant tenté de rendre l'hospitalisation plus humaine et plus efficace, Test et Stein (1978a) proposent les conclusions suivantes: « Des programmes de soins intensifs offerts dans une institution hospitalière sont fréquemment efficaces pour améliorer les comportements du patient à l'interne et ont tendance à favoriser et accélérer l'obtention des congés de l'hôpital. Cependant, la meilleure adaptation à l'interne n'est que très peu reliée à un meilleur fonctionnement en dehors de l'hôpital et ne retarde aucunement le moment d'une nouvelle hospitalisation ».

C'est à des conclusions similaires qu'arrivent Anthony *et al.*, (1972), après avoir effectué une première revue critique de la littérature. Toutefois, lors d'une seconde analyse [Anthony *et al.*, (1978)], ils précisent que l'insuccès d'un traitement psychiatrique, offert à l'interne, semble attribuable à l'utilisation restreinte d'une seule technique thérapeutique. Pour appuyer cette idée, ils soulignent que lorsqu'un traitement consiste à offrir non pas un service spécifique, mais un ensemble de soins variés, il en résulte des effets positifs sur le fonctionnement social dans la communauté. (Les résultats de cette analyse seront présentés plus en détail ultérieurement).

2.2 Modifications ou alternatives à l'hospitalisation traditionnelle

2.2.1 Hospitalisation brève

Quatre articles synthèses traitent des études ayant comparé l'efficacité entre une hospitalisation brève et une autre à plus long terme. Il s'agit des articles de Riesman *et al.*, (1977), Test & Stein (1978a), de Mattes (1982) et de Braun *et al.*, (1981). Comme ces différents auteurs évaluent, dans l'ensemble, les mêmes études, nous regroupons ici leurs principales conclusions.

D'une façon générale, l'expression court terme désigne un séjour dont la durée varie de une à quatre semaines. De même, est appelée long terme une hospitalisation de deux à quatre mois. Quant à l'efficacité, elle est évaluée en regard de l'une et l'autre des variables suivantes : taux de réhospitalisation, réduction des symptômes et niveau de fonctionnement psychosocial.

Les résultats se dégageant de l'analyse de Test & Stein (1978) sont les suivants :

- deux études plus ou moins rigoureuses laissent entendre que l'hospitalisation à court terme est aussi efficace que l'hospitalisation à long terme pour prévenir de nouvelles admissions ou récidives. Ici le choix du groupe contrôle est très critiquable [Gove & Lubach, (1969) ; Weisman *et al.*, (1960)] ;
- deux études scientifiquement bien menées confirment cette supposition : les taux de récidive ne sont pas fonction de la durée de l'hospitalisation. Par ailleurs, il semble qu'un séjour de brève durée favorise une diminution plus importante des symptômes en même temps qu'un meilleur fonctionnement social dans la communauté. C'est du moins ce qui ressort d'une relance effectuée

un an après la fin du traitement [Caffey *et al.*, (1968); Herz *et al.*, (1977)]. Notons toutefois, avec Mattes (1982), que cette différence, en faveur d'une hospitalisation brève peut être attribuable au fait que les sujets soumis à cette condition recevaient des soins postcure plus intensifs que ceux hospitalisés sur une plus longue période. En outre, comme le font remarquer Braun *et al.*, (1981), les différences observées ne sont pas significatives [étude de Herz *et al.*] ou encore sont susceptibles d'être biaisées [étude de Caffey *et al.*, (1971)]. Dans cette dernière recherche, les patients nécessitant une hospitalisation prolongée ont été exclus;

- enfin une dernière étude [Glick *et al.*, (1976a, 1976b)] fournit des résultats en faveur d'une hospitalisation à long terme pour les patients schizophrènes. Notons toutefois que cette conclusion doit aussi être prise avec certaines réserves. En effet, comme l'indiquent Test et Stein (1978a), ce sous-groupe a reçu, en plus du traitement à long terme, des soins postcure (médication et psychothérapie) significativement plus nombreux. À lui seul, ce facteur pourrait être responsable des différences observées. En conséquence, la nécessité d'une hospitalisation à long terme pour les schizophrènes n'est pas démontrée.

Se référant en partie aux auteurs déjà cités et après avoir consulté un plus grand nombre de leurs écrits [Calley *et al.*, (1971); Herz *et al.*, (1975, 1976, 1977, 1978, 1979a, 1979b); Glick *et al.*, (1974, 1975, 1976a, 1976b, 1976c, 1977a, 1977b, 1979)], Mattes (1982) en arrive aux mêmes conclusions. D'autres études [Mattes *et al.*, 1977a, 1977b, 1979); Hirsch *et al.*, (1979)] lui permettent cependant d'apporter quelques précisions. Ainsi, une hospitalisation de neuf (9) jours est, d'une façon générale, aussi efficace qu'une hospitalisation d'une durée de dix-sept (17) jours. Par ailleurs, une hospitalisation à long terme (X = 179 jours) engendre un nombre de récidives significativement plus grand qu'une hospitalisation plus brève X = 90 jours). Par contre, les patients hospitalisés plus longtemps présenteraient moins de symptômes morbides. Soulignons toutefois que ces patients, en plus d'être hospitalisés plus longuement, ont aussi reçu des soins postcure plus nombreux. Par conséquent, les limites ou réserves déjà adressées à l'étude de Glick *et al.* s'appliquent ici également.

En résumé, nous pouvons avec Test et Stein (1978a) conclure ce qui suit. La récidive n'est pas fonction de la durée (longue ou brève) de l'hospitalisation. Il semble donc logique de favoriser des

séjours à court terme et cela, même pour des patients psychiatriques sévèrement perturbés. De fait, quelle que soit la durée du séjour en hôpital, le nombre de nouvelles admissions ne change guère et reste élevé. Précisons toutefois, avec Braun *et al.*, (1981) que les nombreux défauts méthodologiques rattachés à plusieurs des recherches limitent quelque peu la validité de cette affirmation.

D'après Mattes (1982) les études recensées ici ne vont pas dans le sens d'une hospitalisation à long terme pour les patients psychiatriques. De même, il n'est pas justifiable de suggérer l'élimination de l'hôpital, les patients les plus perturbés étant généralement exclus des études. Quoi qu'il en soit, pense cet auteur, les éléments en faveur d'une hospitalisation à long terme sont minces. Plutôt, lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire, elle devrait, écrit-il, être aussi brève que possible.

2.2.2 *Hôpital de jour (Hospitalisation partielle)*

Pour plusieurs auteurs, l'hôpital de jour constitue une première façon de remplacer l'hospitalisation traditionnelle. Il s'agira donc ici d'évaluer l'efficacité de ce type de programme. Plus spécifiquement nous présenterons d'abord des données générales sur l'efficacité de l'hôpital de jour. Par la suite, nous comparerons cette mesure à une hospitalisation traditionnelle, puis à des programmes de soins offerts dans la communauté.

Moskowitz (1980) réunit, à l'intérieur d'un seul article, toutes les études contrôlées s'étant intéressées à l'efficacité des cliniques externes hospitalières, appelées communément hôpital de jour. Deux autres articles synthèses, ceux de Braun *et al.*, (1981) et de Test et Stein (1978b) traitent aussi de ce sujet, mais d'une manière moins approfondie. Leur compte rendu sera donc intégré au premier.

Les défauts méthodologiques de ces études rendent difficile l'interprétation des conclusions. Après avoir lui aussi souligné la diversité des modes de traitement, leur durée et les critères utilisés pour évaluer leur efficacité, Moscowitz (1980) conclut: la variabilité entre les programmes de soins offerts est telle que toute tentative de généralisation s'avère quasi impossible. De même, la majorité des études rapportent des résultats globaux, de sorte que nous ne pouvons identifier quelles sont les composantes ou variables responsables de la réussite. Selon Moskowitz, deux biais importants caractérisent ces recherches: les patients ont été envoyés là, donc non sélectionnés au hasard, et les évaluateurs sont demeurés en même temps concernés en tant que thérapeutes.

C'est donc à la lumière de ces mises en garde que nous devrons prendre en compte les résultats exposés ci-après.

Les études recensées par Moskowitz (1980) peuvent être divisées en deux catégories: celles qui évaluent uniquement l'efficacité de l'hôpital de jour et celles qui offrent des comparaisons entre ce milieu et un autre.

• Mesures avant et après le traitement en hôpital de jour

Habituellement, les recherches de la première catégorie ont recueilli des données avant le début du traitement et à la fin — ou quelque temps après la fin de celui-ci.

Des études rapportées par Moscowitz (1980) et correspondant à cette première catégorie, il ressort que l'hôpital de jour pourrait avantageusement remplacer l'hospitalisation en interne, pour environ 75 % des cas y réclamant une admission [Kramer, (1962); Mc Donough & Dournine, (1965); Pitt & Markowe, (1963); Tobin, (1958)].

Certains autres résultats vont aussi dans ce sens. Ainsi, Zewlick & Mc Millon (1962) observent que 69 % des sujets d'un groupe sévèrement perturbé, ayant été soumis au programme de l'hôpital de jour, ont démontré un meilleur fonctionnement aux niveaux familial, social et professionnel. En outre, pour certains patients traités à l'hôpital de jour, l'hospitalisation peut être évitée; cela pour environ 70 à 90 % d'entre eux [Salzman *et al.*, (1969); Chagin, (1967)].

Par ailleurs, les résultats d'autres études, ayant recueilli des données juste à la fin du traitement, révèlent des améliorations au niveau de la symptomatologie et du fonctionnement social en général [Glasscote *et al.*, (1969); Mc Kenzie & Piling, (1972); Mc Millon & Hase, (1964); Morrice, (1974); Pildis *et al.*, (1978); Pit & Markowe, (1963); Smith & Cross, (1957); Zemlick & Mc Millon, (1962); Rubins, (1976)]. Ces dites améliorations persisteraient encore deux ans après la fin du traitement, chez au moins la moitié des patients [Chaisin, (1967); Lamb (1967); Mc Kenzie & Pilling, (1972); Morrice, (1973); Vonicelle *et al.*, (1978)]. De plus, environ 80 % des patients ayant bénéficié d'un traitement de jour n'ont pas eu à être hospitalisés au cours des deux années succédant au traitement [Fottrell, (1963); Mc Millon, Dondis, (1963)].

En bref, les résultats de ces études suggèrent que la modalité « traitement de jour » est efficace pour prévenir de nouvelles hospitalisations, réduire les symptômes morbides et améliorer le fonctionnement social en général. En outre, les améliorations persistent

parfois même jusqu'à deux ans après cessation du traitement; cela, sur un nombre relativement important de patients.

Et Moscowitz de conclure: en dépit des nombreux défauts méthodologiques de ces recherches, le nombre de sujets améliorés par des services offerts dans un hôpital de jour est suffisant pour croire en leur efficacité. Toutefois, le degré d'amélioration que de tels services peuvent engendrer reste actuellement inconnu.

Voyons maintenant l'efficacité des cliniques externes en regard d'autres modalités thérapeutiques.

• Comparaison de l'hospitalisation traditionnelle avec l'hôpital de jour

Sous ce titre, Moscowitz (1980) retient les études utilisant une répartition aléatoire des sujets dans les conditions expérimentales (interne *versus* externe) ou jumelant les groupes en fonction du type de pathologie présenté et de l'histoire psychiatrique antérieure.

Les principaux résultats se dégageant de la synthèse de Moscowitz sont:

Dans l'immédiat et quel que soit le lieu où sont dispensés les soins, les patients se comportent globalement de façon similaire [Smith & Cross, (1957); Craft, (1959)]. Il appert cependant que les patients diagnostiqués « schizophrènes » profitent davantage des soins lorsque ceux-ci sont offerts à l'interne [Michaux *et al.*, (1973)].

Par ailleurs, d'autres études indiquent que les patients suivis dans une clinique externe sont plus susceptibles d'être employés et mieux adaptés socialement [Kris, (1965); Kaldan & Pirks, (1977)], ou encore ont moins de chances d'être réhospitalisés [Kris, (1961); Michaux *et al.*, (1973); Herz *et al.*, (1971)]. Enfin une dernière recherche [Pink *et al.*, (1978)] révèle que: deux mois après le début du traitement, les groupes traités sur une base externe sont moins déprimés, plus actifs socialement et plus susceptibles d'être employés.

En résumé, ainsi que l'indique Moscowitz, si l'hôpital de jour semble produire des effets positifs au niveau surtout du fonctionnement social, l'internat, lui, agit davantage sur la réduction des symptômes.

Sous cette même rubrique, Braun *et al.*, (1981) ont recensé deux études [Herz *et al.*, (1971); Washburn *et al.*, (1976)]. Soulignant principalement les défauts méthodologiques qu'elles comportent, ces auteurs concluent néanmoins en la possibilité de remplacer l'hospitalisation traditionnelle par des soins en clinique externe.

De façon similaire, Test et Stein (1978b) proposent, à la lumière des résultats de trois études [Herz *et al.*, (1971); Michaux *et al.*, (1972); Wilder *et al.*, (1966)] les conclusions suivantes. L'hôpital de jour peut s'avérer une alternative intéressante à l'hospitalisation continue. Notons toutefois que ce résultat doit être pris avec certaines réserves. De fait, d'après Test et Stein, un nombre assez important de sujets ont été exclus des études car jugés trop malades.

• Comparaison de l'hôpital de jour avec les soins dans la communauté

Dans la revue synthèse de Moskowitz (1980), six études comparent l'efficacité entre des soins offerts dans une clinique externe d'un hôpital et des soins dispensés directement dans la communauté.

Les résultats de ces études indiquent:

Au niveau de la symptomatologie et du fonctionnement social, les deux groupes obtiennent des résultats équivalents, qu'ils aient reçu des soins en clinique externe ou dans la communauté [Shafar, (1970); Weldon, 1977)].

Les patients suivis dans une clinique externe sont plus susceptibles de travailler ou d'être inscrits à des cours [Weldon, (1977)].

À plus long terme, l'hôpital de jour favoriserait un meilleur fonctionnement global [Melzoff & Blumental, (1966)] ou encore influencerait positivement (retarderait) le moment d'une nouvelle admission [Wilder *et al.*, (1966)]. Quand celle-ci est nécessaire, la durée du séjour serait plus courte [Guy *et al.*, (1969); Young, (1975)].

De ces études, il ressort que des soins offerts dans une clinique externe d'un hôpital pourraient s'avérer plus efficaces que des soins dispensés directement dans la communauté. La question se pose alors de savoir à quoi nous devons attribuer cette différence: au type de services offerts ou au lieu où ils sont dispensés?... Les renseignements manquant, il nous est impossible de répondre à cette question.

2.2.3 Programmes en externe enrichis — Programmes communautaires

Données générales sur l'efficacité des mesures alternatives.

Dans le cadre de deux articles distincts, Kiesler (1982a, 1982b) compare l'efficacité entre un traitement psychiatrique en hôpital et les soins offerts dans une mesure dite alternative. Dans chacun de ces écrits, les dix mêmes études sont analysées, mais au moyen d'une méthode différente; cela, afin d'éviter tout biais possible. À ce sujet, Kiesler (1982a) observe que le groupe contrôle des chercheurs semblant favoriser un traitement dans la communauté est toujours constitué de patients hospitalisés. Il s'interroge donc pour savoir si en inversant la situation, c'est-à-dire en considérant comme groupe contrôle les patients traités dans un autre lieu que l'hôpital, les résultats resteraient les mêmes [Kiesler, (1982b)].

Voici la liste des études retenues par Kiesler: Brook, (1973); Flomenhaft, Kaplan & Langsley, (1969); Herz *et al.*, (1971); Levenson *et al.*, (1977); Mosher, Menn & Matthews, (1975); Pasamanick, Scarpitti & Dinitz, (1967); Stein, Test & Marx, (1975); Washburn *et al*, (1976); Wilder, Levin & Zwerling, (1966); Zwerling & Wilder, (1964).

Un première analyse des résultats de ces études amène Kiesler (1982a) à conclure ceci:

Scientifiquement, nous pouvons affirmer, à partir de dix études utilisant une distribution au hasard de leurs sujets que (a) les mesures alternatives procurent au moins d'aussi bons résultats que l'hospitalisation; (b) la réussite n'est pas imputable à une mesure spécifique, chacune obtenant, en général, de bons résultats; (c) d'après les conditions expérimentales étudiées ici — et il en est de très bonnes — il appert que l'hospitalisation est un cercle vicieux: hospitaliser un sujet une seule fois accroît les probabilités d'hospitalisation(s) ultérieure(s).

Cette dernière conclusion corrobore parfaitement celle de Test et Stein (1978a). Ces auteurs fournissent d'ailleurs une très bonne description de ce phénomène.

Après sa seconde analyse, Kiesler indique ceci: quelle que soit la façon de traiter les résultats de ces études, une seule et même conclusion se dégage. De fait, les mesures alternatives s'avèrent toujours aussi bonnes sinon supérieures à l'hospitalisation; cela, même en dépit de tous ces problèmes méthodologiques rencontrés dans plusieurs études.

Dans ce qui suit, nous évaluons de façon plus spécifique l'efficacité des alternatives à l'hospitalisation continue et/ou à long terme.

Programmes communautaires variés pouvant inclure ou non des services résidentiels

La littérature portant sur l'efficacité comparative entre des soins offerts à l'hôpital et des soins dispensés dans la communauté est peu abondante.

Dans le cadre d'une synthèse critique, Test et Stein (1978b) s'interrogent pour savoir si les patients psychiatriques habituellement traités à l'hôpital peuvent être soignés dans la communauté et, si oui, dans quel(s) type(s) de milieu.

Pour répondre à cette question, les résultats de dix études sont recensés. Chaque étude compare de façon systématique les résultats obtenus par un groupe de sujets soumis au hasard à une condition soit expérimentale (traitement dans la communauté) soit de contrôle (traitement à l'hôpital). La communauté sert donc ici d'alternative à l'hospitalisation.

Voici, en résumé, les principaux résultats de ces études.

- Au moins 77 % des patients évalués ont pu être traités dans leur famille plutôt qu'à l'hôpital lorsqu'une somme de soins relativement minime leur a été offerte [Langsley & Kaplan, (1968); Pasamanick, Scarpitti & Dinitz, (1967); Rittenhouse, (1970)].
- Il est possible de traiter des patients n'ayant pas de situation familiale stable dans divers types de lieu résidentiel (maisons de transition, maisons pour situation de crise) plutôt que de les admettre à l'hôpital [Rutman, (1971); Mosher & Menn, (1977, 1978); Mosher, Menn — Matthews, (1975); Polak & Kirby, (1976)].
- Un programme de soins structurés, offert dans la communauté, peut avantageusement remplacer l'hospitalisation pour tous les types de patients, à l'exception de ceux présentant un « organic brain syndrome » [Stein & Test, (1978); Stein, Test & Marx, (1975); Test et Stein, (1976a, 1978)].

Bref, selon Test et Stein (1978b), l'hospitalisation pourrait être évitée à une grande majorité des patients psychiatriques si des services leur étaient réellement offerts dans la communauté. Seule une proportion d'environ 15 à 25 % des patients ne présentant pas de symptômes organiques pourrait avoir besoin d'être hospitalisée durant de brèves périodes. Ce sont des sujets manifestant des

comportements agressifs envers autrui ou eux-mêmes (tentatives suicidaires).

Recensant essentiellement la même série d'études que celle présentée à l'instant, Brun *et al.*, (1981) s'attardent plus spécifiquement à leur validité interne et externe, c'est-à-dire qu'ils font une critique rigoureuse de la méthodologie des auteurs et relèvent des défauts plus ou moins importants selon les études. Malgré tout, dans leurs conclusions, ils confirment la faisabilité de traiter des patients psychiatriques en dehors du site hospitalier traditionnel.

Au sujet des études présentées sous ce titre, Mattes (1982) précise ce qui suit. Pasamanick *et al.*, (1967) ont voulu éviter l'hospitalisation à un groupe de sujets diagnostiqués schizophrènes. En guise d'alternative, des soins à domicile ont été offerts par des infirmières qui avaient pour tâche de s'assurer de la prise régulière des médicaments et d'offrir un support au patient et à sa famille. D'autre part, Langsley *et al.*, (1971) et Rittenhouse (1970) offraient une aide aux familles par l'intermédiaire d'une thérapie familiale orientée sur la résolution des problèmes en situation de crise.

Chacune de ces approches s'est avérée aussi efficace [Pasamanick *et al.*, (1967)] sinon meilleure que l'hospitalisation traditionnelle [Langsley *et al.*, (1971); Rittenhouse, (1970)]. Plusieurs des sujets suivis à domicile n'ont pas eu à être hospitalisés et se sont comportés ultérieurement aussi bien que ceux ayant reçu des soins à l'interne.

D'après Dellario et Anthony (1981), les résultats d'une autre étude [Weinman *et al.*, (1974)] renforcent très positivement les conclusions qui précèdent. Ces auteurs ont comparé un traitement à domicile à un traitement hospitalier traditionnel accompagné ou non d'une thérapie dite socio-environnementale. Les résultats de cette étude révèlent que, 24 mois après la fin du traitement, les taux de réhospitalisation sont de 16 % pour le groupe traité dans la communauté, comparativement à 23 % pour le groupe soumis à la thérapie et à 41 % pour le groupe traité de manière traditionnelle à l'hôpital. Sur la variable fonctionnement instrumentale[1], le groupe traité dans la communauté se comporte significativement mieux que celui recevant ladite forme de thérapie. Cependant, il n'y a pas de différence significative entre le groupe suivi dans la communauté et celui traité de façon traditionnelle sur cette dernière variable. Se

1 Par fonctionnement instrumental on entend le taux d'emploi, la capacité de faire son « magasinage » et son budget, d'utiliser les transports en commun et préparer ses repas.

référant à ces constats, Weinman *et al.*, (1974) concluent que le traitement dans la communauté est plus avantageux que le traitement traditionnel pour les malades chroniques. Et d'ajouter: il est très prometteur d'envisager le retour des patients psychiatriques chroniques dans la communauté.

Quant à Stein, Test et Marx (1975) ils ont, écrit Mattes (1982), développé un programme intitulé « Training in community living ». Ce programme consiste globalement à accompagner des patients dans les diverses tâches de la vie quotidienne et cela, à leur domicile comparativement à l'hospitalisation traditionnelle. Cette approche s'avère également prometteuse. De fait, avec ce programme intensif, l'hospitalisation fut évitée pour tous les patients. Notons toutefois que 18 % des patients recevaient en sus une autre forme de traitement.

D'après Mattes (1982), ces études font ressortir qu'une forte majorité des patients psychiatriques pourraient ne pas devoir être hospitalisés si des services leur étaient offerts dans la communauté par un personnel compétent. Cependant, l'auteur ajoute que le succès observé ici peut ne pas être uniquement imputable au lieu où sont dispensés les services. Très souvent, le facteur nouveauté intervient et peut ainsi influencer positivement l'enthousiasme du personnel. Quoi qu'il en soit, selon Mattes, l'ensemble des recherches *ne défend aucunement* la nécessité d'une hospitalisation à long terme pour les patients psychiatriques. De la même manière, il serait injustifié de suggérer l'élimination de l'hôpital. À ce sujet, il importe de rappeler que les patients les plus sérieusement perturbés sont très souvent exclus des études. Il appert cependant que, lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, elle devrait être aussi brève que possible.

Après avoir constaté que les patients psychiatriques habituellement traités à l'hôpital peuvent être avantageusement suivis dans la communauté, Test et Stein (1978b) ont évalué l'efficacité des aiternatives à l'hospitalisation en regard des variables suivantes: a) temps passé en dehors de l'hôpital; b) taux de réhospitalisation; c) symptomatologie psychiatrique et d) fonctionnement psychosocial.

Les études vues par ces auteurs sont les suivantes [Davis *et al.*, (1974); Herz *et al.*, (1974); Langsley *et al.*, (1971); Langsley & Kaplan, (1968), Michaux *et al.*, (1972); Mosher & Menn, (1978); Pasamanick *et al.*, (1967); Polak, (1978); Rittenhouse, (1970); Stein & Test, (1978); Test & Stein, (1977); Welder *et al.*, (1966)].

Voici leurs conclusions :

- traiter les patients psychiatriques dans la communauté résulte, en un premier temps, en une diminution du temps passé à l'hôpital, toutefois, cette différence disparaît un an après la fin du traitement ;
- que les patients soient traités à l'hôpital ou dans la communauté n'influence pas différemment la variable réduction des symptômes ni le fardeau sur la famille, ni le degré d'amélioration au niveau du fonctionnement social.

  Cependant, les patients suivis dans la communauté sont plus satisfaits du traitement reçu que ceux soignés à l'hôpital.

2.2.4 *Alternative à une institutionnalisation prolongée*

Braun *et al.*, (1981) retiennent les études suivantes : Brown (1966), Wing (1960), Max (1973), Weinman (1978), Linn (1977). Ces études sont peu nombreuses et les conclusions qu'on peut en tirer limitées. L'étude de Brown (1966) fournit un follow-up de 5 ans sur les patients qui ont reçu leur congé de trois hôpitaux qui ont des politiques de congé médical différentes. Aucune différence ne fut trouvée en ce qui a trait à l'évolution de la maladie, au comportement communautaire, à l'emploi et au taux de réadmission. Cependant, les parents des patients qui reçurent le traitement le plus court rapportèrent plus de problèmes familiaux.

L'étude de Max (1973) était un follow-up de cinq mois de 61 patients adultes hospitalisés depuis une période variant entre 3 et 18 mois. L'intervention comportait un hébergement protégé, de l'aide pour trouver un emploi, socialiser et accomplir leur activités quotidiennes. Les sujets du groupe expérimental passèrent plus de temps à l'extérieur de l'hôpital et dans une occupation que ceux des deux groupes contrôle sans qu'il y ait de différence au niveau de la symptomatologie et de l'estime de soi. Cependant, 5 mois est un follow-up très court pour en tirer des implications à long terme.

L'étude de Linn rapporte des résultats très positifs après une période de 4 mois en famille d'accueil. Cependant parce qu'un très grand nombre de patients furent exclus du groupe expérimental à cause de la détérioration de leur condition, ces résultats se trouvent invalidés.

Le groupe expérimental de Weinman & Kleiner fut soumis à un hébergement dans la communauté accompagné du support des membres de cette communauté. Il connut un taux de réadmission

inférieur aux deux groupes contrôle (thérapie socio-environnementale avant le congé médical ou programmes traditionnels de l'hôpital) et une amélioration plus marquée de l'estime de soi après une période de 2 ans.

Le tableau 3 présente le schéma expérimental de la majorité des études alternatives à l'hospitalisation traditionnelle recensées dans les articles synthèses que nous avons consultés, de même que leurs résultats et les limites d'interprétation que nous connaissons. Lorsque les articles synthèses ne contenaient pas suffisamment d'information nous avons consulté les études originales.

2.3 Alternatives au traitement traditionnel en externe

2.3.1 Le traitement traditionnel en externe

Pour traiter des alternatives au traitement traditionnel en externe il faut d'abord se replacer dans le contexte de ce qu'est le traitement traditionnel en externe. Straw (1982) le définit en se basant sur diverses narrations qu'on peut trouver dans la littérature. En général, les patients sont vus individuellement en clinique externe pour une brève thérapie de support et un contrôle de la médication. Ces services sont fréquemment assumés par une infirmière ou un résident en psychiatrie. Il ne faut cependant pas négliger le fait qu'un nombre substantiel de patients ne reçoivent aucun service. En effet, la réception de services à l'externe se fait sur une base volontaire. Par ailleurs, les familles des patients sont rarement vues, et lorsqu'elles le sont, c'est généralement dans l'optique d'obtenir un complément d'information permettant de poser un meilleur diagnostic et d'assurer un meilleur traitement du patient plutôt que de répondre à leurs besoins propres d'information, de support et d'éducation. Dans ce contexte, il est probable qu'un certain nombre de patients négligent de prendre leur médication et que le contrôle des effets des médicaments ne se fait pas toujours d'assez près. Cette réalité du traitement externe traditionnel rend plus difficile l'évaluation de son efficacité. Avant de pouvoir déterminer si les traitements innovateurs sont plus efficaces que la médication seule, on doit d'abord évaluer l'efficacité de la médication (comparée à un placebo), sans quoi il est possible que ce qu'on croit l'effet du traitement innovateur soit en réalité celui de la médication.

Efficacité de la médication

Il ressort de l'analyse que Straw (1982) fait des études sur la médication que celle-ci a un effet positif très important sur la réduction des symptômes. L'effet sur le taux de réhospitalisation est cependant beaucoup plus bas[1].

Les alternatives au traitement traditionnel en externe

Les études recensées décrivent trois types de programmes qui ajoutent au traitement traditionnel tel que décrit plus haut:

- ajout minimal (31 études)
- hôpital de jour (hospitalisation partielle) (6 études)
- programmes complets et intégrés (7 études)

2.3.2 Ajout minimal

Il s'agit ici en général d'interventions thérapeutiques avec le patient. Ces interventions peuvent être individuelles ou de groupe. Parfois, mais très peu fréquemment, une thérapie familiale ou de crise est pratiquée.

Selon Straw (1982) ces types d'intervention comme les deux autres types qui suivront ajoutent peu à l'effet de la médication pour diminuer le taux de réhospitalisation (« effect size » entre 0,3 et 0,4 contre un « effect size » de 0,21 pour la médication comparée à un placebo).

Cependant, si on considère les autres critères d'efficacité généralement utilisés, pris dans leur ensemble, il existe un écart important entre le type de programme que nous venons de décrire et les deux autres qui ont des programmes plus complets. Dans le premier cas, toujours selon Straw, les « effect sizes » moyens varient entre 0,16 et 0,42 alors que pour les programmes complets et intégrés ils se situent autour de 0,53. Cela correspond à peu près à une différence de 25 %, ce qui est considéré comme tout un accomplissement dans le domaine de la santé mentale.

---

1 Voir le tome III de cet Avis pour une analyse beaucoup plus détaillée des effets de la médication.

Tableau 3

Alternatives à l'hospitalisation traditionnelle
Schéma expérimental et mesures de résultat

Type de programme expérimental et auteurs	Date de publication	Nombre de patients			Type d'allocation des sujets	Nature de l'intervention expérimentale	Type de comparaison	Type de patients	Critères d'exclusion	% schizophrène	% Suivi	Durée du follow-up Mois
		Exp.	Contrôle	T								
Hospitalisations brèves												
HERZ	1975	112	63	175	H	1 semaine à l'hôpital avec ou sans soins de jour	Hospitalisation traditionnelle	1re admission Vivant avec famille naturelle	Aucune famille ou famille substitut Âge, Maladie physique grave, Alcoolisme, Handicap intellectuel	63	69	24
		Résultat : Aucune différence entre les deux groupes en termes d'amélioration des symptômes et de taux de réadmissions à l'hôpital. L'hospitalisation brève est supérieure pour améliorer le fonctionnement au niveau des rôles et en termes de temps passé dans la communauté. Aucune différence en termes d'impact sur la famille. La performance du groupe expérimental, supérieure au niveau de l'emploi et de la contribution financière, est atténuée par un fardeau psychologique plus grand. À 24 mois les patients ayant bénéficié d'une hospitalisation brève avaient le moins de psychopathologie et de problèmes de fonctionnement au niveau des rôles comparativement aux patients ayant bénéficié d'une hospitalisation traditionnelle. Ils étaient le plus souvent employés, les attitudes de la famille étaient les plus favorables au programme et les familles étaient moins désireuses de voir le patient réhospitalisé à long terme. Il n'y eut aucune évidence d'impact négatif sur les enfants d'aucun groupe. Aucune évidence non plus que la réadmission ou les autres mesures de résultats n'étaient liées au fardeau sur la famille.										
KULDAU	1971	44	50	94	H	Hôpital de jour Maison dans la communauté Atelier de travail protégé incluant la participation d'ex-patients + hospitalisation brève	Hospitalisation brève avec planification soignée du congé	En besoin d'admission	Lieu de résidence géographique Stabilité résidentielle	—	95	18
		Résultat : Plus de patients du groupe expérimental eurent un emploi à temps complet. Leur ajustement social était également significativement supérieur. Plus de patients du groupe contrôle étaient encore à l'hôpital après le 14e mois de follow-up. *Limite d'interprétation* : l'intervention expérimentale est un « melting pot » où l'on peut être traité à l'interne à l'hôpital de jour et/ou dans la communauté.										

Type de programme expérimental et auteurs	Date de publication	Nombre de patients			Type d'allocation des sujets	Nature de l'intervention expérimentale	Type de comparaison	Type de patients	Critères d'exclusion	% schizophrène	% Suivi	Durée du follow-up Mois
		Exp.	Contrôle	T								
CAFFEY	1971	67	134	201	H	Hospitalisation de 21 jrs et soins intensifs en externe avec le même personnel	Hospitalisation traditionnelle Traitement intensif en clinique externe avec personnel différent	1re admission Hommes schizophrènes	Maladie trop chronique. Patient hospitalisé trop longtemps. Absence de famille ou de famille substitut. Inapte au travail. Suicidaire. Homicide. Moins de 65 ans. Maladie physique grave. Alcoolisme. Handicap intellectuel.	100	59 48	6 12
		Résultat: Les patients hospitalisés brièvement à l'hôpital des Vétérans ont fait preuve d'amélioration soutenue autant que ceux qui ont été hospitalisés plus longuement. Les deux groupes ayant bénéficié de services externes intensifs manifestaient en général moins de psychopathologie à 12 mois. Il n'y eut aucune différence entre les groupes en termes de taux de réadmission ou d'ajustement dans la communauté.										
		Limite d'interprétation: Le follow-up de recherche a été fait sur un pourcentage assez bas de l'échantillon.										
GLICK	1976 1977	34	32	66	H	Hospitalisation de 21-28 jrs	Hospitalisation 90-120 jrs	Hospitalisés Non schizophrènes	Schizophrénie	0	89	24
		Résultat: 1 an après hospitalisation et 2 ans après l'hospitalisation, aucune différence dans le fonctionnement des patients des deux groupes.										
		Limite d'interprétation: Aucune identifiée.										
GLICK HARGREAVES	1976 1977	70	71	141	H	Hospitalisation de 21-28 jours	Hospitalisation 90-120 jours	Schizophrènes Hospitalisés	Non schizophrènes Aucun autre	100	84	24
		Résultat: 1 an après hospitalisation, le groupe bénéficiant d'hospitalisation à long terme avait un meilleur statut psychiatrique. Cette tendance était encore apparente quoique atténuée 2 ans après l'hospitalisation.										
		Limite d'interprétation: Les patients à long terme ont reçu plus de médication. Biais au niveau de la sélection en faveur du groupe expérimental.										
MATTES	1977	68	58	126	NH	Hospitalisation jusqu'à 3 mois	Hospitalisation à long terme	Patients psychiatriques Hospitalisés. Patients psychiatriques avec maladie organique.	Aucun autre	23	83	36

Tableau 3 (suite)

Alternatives à l'hospitalisation traditionnelle
Schéma expérimental et mesures de résultat

Type de programme expérimental et auteurs	Date de publication	Nombre de patients			Type d'allocation des sujets	Nature de l'intervention expérimentale	Type de comparaison	Type de patients	Critères d'exclusion	% schizophrène	% Suivi	Durée du follow-up Mois
		Exp.	Contrôle	T								
		Résultat: Peu de différences significatives. Cependant, les patients à long terme ont été réhospitalisés plus souvent et pour des périodes plus longues.										
		Limites d'interprétation: Les mesures de résultat furent recueillies au moyen de questionnaires envoyés par la poste. Incertain s'il y a biais de sélection.										
MATTE	1977	68	58	126	NH	Hospitalisation jusqu'à 3 mois	Hospitalisation à long terme	Patients des unités ouvertes	Aucun autre	23	48	36
		Résultat: Aucune différence entre les deux groupes. Les parents rapportent moins de pathologie chez les patients hospitalisés à long terme.										
		Limites d'interprétation: Les mesures de résultat furent recueillies au moyen de questionnaires envoyés par la poste et le follow-up fut fait sur un pourcentage assez bas de l'échantillon. Incertain s'il y a biais de sélection.										
Hôpital de jour (Hospitalisation partielle) KRIS	1961	17	10	27	H	Hôpital de jour	Hospitalisation traditionnelle	Patients en rechûte suite à une hospitalisation	Aucun autre	—	—	—
		Résultat: Aucun des patients traités à l'hôpital de jour ne fut réadmis et ils réussirent à maintenir un ajustement satisfaisant dans la communauté. Du groupe contrôle seulement deux reçurent leur congé de l'hôpital, les autres étant encore hospitalisés au moment de la rédaction de l'article. De ces deux patients traités, un a dû être réhospitalisé cinq semaines après le congé.										
		Limites d'interprétation: Taille de l'échantillon, absence de relance sur une période suffisante de temps.										
WASHBURN	1976	29	30	59	H	Hôpital de jour	Hospitalisation traditionnelle	Patients hospitalisés ayant des désordres fonctionels	Trop perturbés. Homicidaires ou suicidaires. Sexe masculin (58 %)	50	—	6-24
		Résultat: Pour ce type particulier de population, le groupe ayant bénéficié de l'hôpital de jour exprimait moins de détresse subjective et un fardeau sur la famille plus bas, un ajustement dans la communauté plus grand que le groupe contrôle. La famille exprimait un plus grand degré de satisfaction et les coûts de traitement étaient plus bas.										
		Limites d'interprétation: Le pourcentage suivi est bas.										

Type de programme expérimental et auteurs	Date de publication	Nombre de patients			Type d'allocation des sujets	Nature de l'intervention expérimentale	Type de comparaison	Type de patients	Critères d'exclusion	% schizophrène	% Suivi	Durée du follow-up Mois
		Exp.	Contrôle	T								
WILDER	1966	189	189	378	H	Hôpital de jour	Hospitalisation traditionnelle	Admis à l'urgence (aigus)	Aucun (34 %). Patients ne présentant pas de problèmes organiques	—	92	24
		Résultat: Peu de différence entre les groupes: 55 % des patients bénéficiant de l'hôpital de jour ne sont pas réhospitalisés alors que c'est le cas pour 48 % des patients traités à l'interne. Absence de différences significatives. L'évaluation du statut psychiatrique des patients à partir d'un échantillon réduit ne témoigne d'aucune différence entre les groupes. Les patients du groupe expérimental préfèrent de façon significative leurs heures de traitement et les familles des patients jugent l'hospitalisation significativement plus utile.											
HERZ	1971	45	45	90	H	Hôpital de jour	Hospitalisation traditionnelle	Nouvelles admissions	Trop perturbés. Pas de famille ou de famille substitut. Homicidaires ou suicidaires. Maladie physique grave. Alcoolisme. Handicap intellectuel (78 %)	49	80	5 33
		Résultat: Les patients de l'hôpital de jour sont retournés plus tôt dans la communauté, ont repris leur travail plus tôt, ont des taux de réadmission plus bas, demeurent dans la communauté plus longtemps et ont un meilleur statut psychiatrique que le groupe contrôle.										
KROWINSKI ET FITT	1978	51	50	101	H	Hôpital de jour	Hospitalisation traditionnelle	En besoin d'admission	Suicidaires, Violents, très agités, désorganisés. Alcoolisme ou toxicomanie. Refus (38 %)	—	—	6
		Résultat: Les patients de l'hôpital de jour se sont améliorés plus que les patients hospitalisés au niveau de la détresse subjective, de l'absence d'émotions, de l'anxiété dépressive, de la désorientation au niveau de la mémoire et du rôle de parent. Le groupe hospitalisé s'est amélioré plus que l'autre sur l'échelle qui mesure l'agitation et l'excitation. Les deux groupes se sont améliorés sur chacune des 28 mesures. Au follow-up de 6 mois, 38 % du groupe hospitalisé avait été réadmis (pour une moyenne de 35 jours) alors que 20 % des patients ayant bénéficié de l'hôpital de jour ont aussi été réadmis (pour une moyenne de 26,5 jours). *Limites d'interprétation*: Aucune connue. Follow-up court.										

Tableau 3 (suite)

Alternatives à l'hospitalisation traditionnelle
Schéma expérimental et mesures de résultat

Type de programme expérimental et auteurs	Date de publication	Nombre de patients			Type d'allocation des sujets	Nature de l'intervention expérimentale	Type de comparaison	Type de patients	Critères d'exclusion	% schizophrène	% Suivi	Durée du follow-up Mois
		Exp.	Contrôle	T								
Programmes externes enrichis												
BROOK	1973	49	49	98	NH	Maison de transition « Hostel » sans personnel. Intervention de crise auprès de la famille ou du système social par une équipe spécialisée	Hospitalisation traditionnelle	Tous patients en besoin d'admission. 50 % de l'ensemble : risque suicidaire modéré ou élevé. 50 % schizophrènes. 25 % réaction dépressive. 25 % alcoolisme ou toxicomanie problèmes d'adaptation ou maritaux. Maladies physiques ou compulsions excessives	Aucun	50	—	6
		Résultat Pas de différences significatives entre les deux groupes sur 11 mesures différentes. Le groupe vivant dans la maison de transition avait moins de rémission des symptômes et reçut plus de médicaments. Des 49 patients hospitalisés, 6 furent réhospitalisés à l'intérieur des 6 mois (3 d'entre eux 2 fois) alors qu'un seul des patients de la maison de transition fut réhospitalisé.										
		Limites d'interprétation : Aucune connue. Follow-up court.										
FENTON	1979 1982	76	79	145	H	Traitement à domicile par équipe multidisciplinaire. Intervention de crise et familiale	Hospitalisation traditionnelle	En besoin d'admission	Homicidaires. Suicidaires. Alcooliques. Toxicomanes. Maladie physique grave. Handicap intellectuel sévère. Résidence hors secteur (45 %)	—	—	1-3 6 12
		Résultat : On ne trouve aucune différence significative entre les deux groupes que ce soit à l'admission ou à chacun des quatre points d'observation durant la première année au niveau des symptômes cliniques, du fardeau sur la famille ou du niveau occupationnel. Les coûts du traitement à domicile furent plus bas.										
		Limites d'interprétation : Aucune identifiée.										

Type de programme expérimental et auteurs	Date de publication	Nombre de patients			Type d'allocation des sujets	Nature de l'intervention expérimentale	Type de comparaison	Type de patients	Critères d'exclusion	% schizophrène	% Suivi	Durée du follow-up Mois
		Exp.	Contrôle	T								
GRAD	1968	271	139	410	NH	Service psychiatrique communautaire mettant l'accent sur le traitement en externe	Hospitalisation traditionnelle	En besoin d'admission	Maladie trop chronique ou patient hospitalisé plus longtemps que permis	—	80	24
		Résultat: Étude quasi expérimentale comparant des programmes différents dans deux secteurs géographiques différents. Plus grand fardeau sur la famille (attribuable principalement à un sous-groupe de jeunes patients psychonévrotiques) au niveau du groupe traité dans la communauté. Hypothèse des auteurs que la différence est attribuable au fait que le service communautaire n'a pas de service social alors que le service contrôle fait une grande utilisation des travailleurs sociaux.										
		Limites d'interprétation: Biais en faveur du groupe expérimental.										
POLAK	1976 1978	38	37	85	H	Service communautaire complet et intégré	Hospitalisation traditionnelle	En besoin d'admission	Homicidaires ou suicidaires	31	73	8 12
		Résultat: Les patients du groupe expérimental ont été plus satisfaits des résultats de traitement et *de l'efficacité*. Au moment du follow-up, ils obtinrent un score plus haut en moyenne au niveau de l'atteinte des objectifs de traitement et au niveau de la capacité de se révéler aux autres que le groupe contrôle.										
		Limite d'interprétation: Étude compromise par un biais au niveau de l'allocation des cas due à un bris du schéma expérimental										
RUTMAN	1971	56	54	110	H	Maison de transition	Hospitalisation traditionnelle	Nouvelles admissions	Violents envers autrui ou suicidaires			
		Résultat: Données non publiées.										
LANGSLEY	1969	150	150	300	H	Traitement à domicile. Thérapie familiale de crise.	Hospitalisation traditionnelle	En besoin d'admission	Pas de famille ou de famille substitut. Résidence hors secteur.	—	100	6
		Résultat: Les patients qui ont bénéficié de la thérapie familiale de crise ont eu tendance à avoir une meilleure performance au niveau des rôles, moins de temps sans travailler et un traitement moins coûteux que le groupe contrôle.										
		Limite d'interprétation: Rapport qui a des limites importantes en termes de validité interne et de généralisation des résultats. Follow-up de 6 mois.										

Tableau 3 (suite)

Alternatives à l'hospitalisation traditionnelle
Schéma expérimental et mesures de résultat

Type de programme expérimental et auteurs	Date de publication	Nombre de patients			Type d'allocation des sujets	Nature de l'intervention expérimentale	Type de comparaison	Type de patients	Critères d'exclusion	% schizophrène	% Suivi	Durée du follow-up Mois
		Exp.	Contrôle	T								
LEVENSON	1977	10	10	20	H	Clinique externe. Visite quotidienne de 20 min. Médication. Psychothérapie individuelle de support. Intervention familiale. Suivi	Hospitalisation traditionnelle. Psychothérapie individuelle de support, pharmacothérapie, thérapie de milieu, thérapie de groupe, thérapie familiale, thérapie occupationnelle	Schizo. en phase aiguë. Schizo. aigus ne présentant pas de danger pour eux-mêmes et pour les autres	Autres que schizophrènes	100	100	—
		Résultat : Amélioration dans les deux groupes mais sans différence significative entre eux. Les coûts de l'intervention en clinique externe sont 6 fois moindres.										
		Limites d'interprétation : Nombre trop petit pour permettre une analyse statistique adéquate. Pas de relance.										
PASAMANICK DAVIS	1967 1974	54	98	152	H	Visite à domicile par une infirmière en santé publique avec psychiatre et travailleur social comme consultant	Hospitalisation traditionnelle	Schizo. en besoin d'admission	Autres que schizophrènes. Pas de famille ou de famille substitut. Homicidaires ou suicidaires. Résidence hors secteur.	100	95 96	6-30 60
		Résultat : Les patients traités à domicile ont passé plus de temps dans la communauté que ceux du groupe contrôle. Leurs statut mental, performance aux tests psychologiques, fonctionnement domestique et participation sociale furent aussi bons ou meilleurs que ceux du groupe contrôle. Les patients traités à domicile avec des médicaments réussirent à demeurer à domicile plus que ceux traités avec un placebo. Tous les groupes ont continué à avoir de la difficulté au niveau de l'accomplissement des rôles et de la capacité d'affronter les difficultés. CINQ ans après la cessation du programme, il n'y a plus de différences significatives entre les groupes et les patients ont empiré avec le temps.										
		Limite d'interprétation : Hospitalisation traditionnelle non définie.										
STEIN et TEST	1975 1978 1980	65	65	130	H	Traitement dans la communauté « Training in community living » de 14 mois	Hospitalisation brève et clinique externe	En besoin d'admission	Maladie trop chronique ou patient hospitalisé trop longtemps. Homicidaires. Suicidaires. Plus de 65 ans. Maladie physique grave. Alcoolisme. Handicap intellectuel.	—	89	12 28

Type de programme expérimental et auteurs	Date de publication	Nombre de patients			Type d'allocation des sujets	Nature de l'intervention expérimentale	Type de comparaison	Type de patients	Critères d'exclusion	% schizophrène	% Suivi	Durée du follow-up Mois
		Exp.	Contrôle	T								
		Résultat: Durant la première année, les patients du groupe expérimental ont eu moins d'admissions à l'hôpital et moins de réadmissions, ont passé moins de temps hospitalisés et exprimèrent une satisfaction subjective plus élevée que ceux du groupe contrôle. Ils n'étaient pas différents de ceux du groupe contrôle en termes de fréquence d'emploi compétitif mais ont passé moins de temps sans emploi et étaient moins un fardeau sur la famille que ceux du groupe contrôle. Ils ont fait preuve d'une vie plus autonome mais n'ont affiché aucune différence avec le groupe contrôle dans leurs relations sociales, leurs activités de loisir ou leur estime d'eux-mêmes. Durant la seconde année, c'est-à-dire après cessation du traitement expérimental, le temps passé à l'hôpital fut le double de celui de la première année, le temps passé en emploi a décliné de façon marquée, le plus grand nombre de contacts avec des amis diminua cependant que leur présence à des groupes sociaux se maintint. Leur plus grande satisfaction avec la vie diminua de même que la différence en symptomatologie. *Limites d'interprétation*: Aucune identifiée.										
RITTENHOUSE	1970	35	37	72	H	Traitement à domicile.	Hospitalisation traditionnelle					
		Résultat: Non publiés.										
MOSHER	1975 1978	30	33	63	NH	Maison de groupe Utilisation de personnel non professionnel supervisé par des professionnels	Hospitalisation brève. Traitement de crise. Médication importante	Schizo 1re admission	Non schizo. Maladie trop chronique ou patient hospitalisé trop longtemps. Âge. Mariage.	100	80	24
		Résultat: Les groupes expérimentaux ont eu tendance à exprimer une symptomatologie de façon partielle et à avoir un meilleur ajustement dans la communauté que le groupe contrôle. Sur la période de suivi de deux ans, les groupes expérimentaux ont eu de meilleurs niveaux d'occupation et furent plus capables de vivre de façon indépendante que les groupes contrôle. On note une tendance vers moins de réadmissions chez le groupe expérimental qui reçut moins de médication de façon significative et moins de traitement en externe que le groupe contrôle. *Limites d'interprétation*: Aucune identifiée.										
Alternatives à une hospitalisation à long terme												
BROWN	1966	—	—	339	NH	Hospitalisation brève	Hospitalisation traditionnelle	Schizo. hospitalisés	Homicidaires ou suicidaires. Âge. Résidence hors secteur. Maladie physique grave. Alcoolisme. Handicap intellectuel	100	84	60
		Résultat: Une des premières études quasi-expérimentales comparant les soins dans différents hôpitaux desservant différentes communautés afin de faire la démonstration de la faisabilité d'une désinstitutionnalisation sélective. Aucune différence au niveau des symptômes ou de la progression de la maladie entre les deux groupes. A noter cependant que le type d'hospitalisation traditionnelle offert est celui des années 1960. *Limites d'interprétation*: Biais en faveur du groupe expérimental.										

Tableau 3 (suite)

Alternatives à l'hospitalisation traditionnelle
Schéma expérimental et mesures de résultat

Type de programme expérimental et auteurs	Date de publication	Nombre de patients			Type d'allocation des sujets	Nature de l'intervention expérimentale	Type de comparaison	Type de patients	Critères d'exclusion	% schizophrène	% Suivi	Durée du follow-up Mois
		Exp.	Contrôle	T								
WING	1960	10	20	30	H	Entraînement au travail	Temps équivalent en hospitalisation	Schizo aptes au travail	Trop perturbés. Âge. Sexe.	100	100	12
		Résultat: Les patients du groupe expérimental n'ont démontré aucun changement au niveau du statut psychiatrique mais ont été capables de vivre et de travailler en dehors de l'hôpital.										
		Limites d'interprétation: Aucune identifiée. Petit échantillon.										
GUDEMAN	1981	13	9	22	H	Maison de transition	Hospitalisation traditionnelle					
		Résultat: Après un an, les patients bénéficiant du programme de transition prenaient moins de médication, démontraient moins de comportements dangereux ou d'assaut, possédaient un meilleur niveau de fonctionnement, socialisaient davantage mais ne montraient que peu de changement ou pas de changement au niveau du retrait, des symptômes psychotiques et des comportements antisociaux.										
		Limites d'interprétation: Petit échantillon, seulement 2 patients ont été retournés dans la communauté.										
MARX	1973	40	21	61	H	Traitement à domicile	Hospitalisation brève et clinique externe	Patients hospitalisés	Maladie trop chronique. Patient hospitalisé trop longtemps. Âge. Maladie physique grave. Alcoolisme. Handicap intellectuel	77	98	5
		Résultat: Les patients du groupe expérimental ont passé moins de temps à l'hôpital, plus de temps à vivre de façon autonome et à travailler dans des ateliers protégés, avaient moins de symptômes et présentaient un fardeau sur la famille moins élevé à 4 mois que le groupe hospitalisé. Aucune différence dans la qualité de la vie.										
		Limites d'interprétation: Biais conservateur en faveur du groupe contrôle.										
WEINMAN	1978	263	362	625	NH	Traitement dans la communauté. Utilisation de bénévoles	Thérapie socio-environnementale et hospitalisation trad.	Patients hospitalisés	Aucun	90	—	24
		Résultat: Les patients traités dans la communauté ont plus complété le traitement, ont démontré une tendance à moins de réadmissions, une meilleure performance instrumentale et sociale et aucune différence dans l'estime de soi et le statut psychiatrique lorsque comparés au groupe contrôle sur une période de 24 mois.										
		Limites d'interprétation: Aucune identifiée.										

Type de programme expérimental et auteurs	Date de publication	Nombre de patients			Type d'allocation des sujets	Nature de l'intervention expérimentale	Type de comparaison	Type de patients	Critères d'exclusion	% schizophrène	% Suivi	Durée du follow-up Mois
		Exp.	Contrôle	T								
LINN	1977	210	210	420	H	Familles d'accueil	Hospitalisation continue. Hosp. vétéran	Hommes hospitalisés avec diagnostic psychiatrique	Trop perturbés. Sexe	71	96	4

Résultat: Quatre mois après le placement en famille d'accueil, les sujets expérimentaux ont démontré une amélioration beaucoup plus importante que ceux du groupe contrôle, en particulier au niveau du fonctionnement social et de l'adaptation d'ensemble.

Limites d'interprétation: Biais en faveur du groupe expérimental: certains sujets qui n'ont pu être placés ont été retirés du groupe expérimental. Cependant, si on les ajoute au groupe expérimental, il demeure des différences entre les deux groupes quoique atténuées.

2.3.3 Hôpital de jour (Hospitalisation partielle)

Historiquement, cette modalité de traitement a été utilisée avec des *clientèles hétérogènes*. Les objectifs poursuivis n'étaient pas toujours clairs et il n'était pas toujours possible de mettre en place des moyens correspondant aux objectifs pour une clientèle aussi diversifiée. En conséquence, c'est une modalité de traitement qui devenait de moins en moins utilisée. Cela explique aussi les résultats non conclusifs présentés dans la section précédente.

Or le phénomène de désinstitutionnalisation et l'engagement de plus en plus grand des professionnels envers la clientèle psychiatrique chronique a commencé à changer tout cela — du moins aux États-Unis. Il existe encore beaucoup de confusion autour de la définition de l'hospitalisation partielle, mais on s'oriente de plus en plus vers des programmes spécialisés visant des *clientèles homogènes* et on parle d'approche stratifiée à la programmation [Washburn et Conrad (1979)]. C'est ainsi que Klar, Frances et Clarkin (1982) identifient trois modalités d'hospitalisation partielle pour trois types de clientèle différents :

- l'hospitalisation partielle intensive
- l'hospitalisation partielle pour soins chroniques
- l'hospitalisation partielle avec programmes de réadaptation

L'hospitalisation partielle intensive

Utilisée comme alternative à l'hospitalisation elle vise l'établissement d'un diagnostic et l'évaluation des troubles psychiatriques aigus, la stabilisation de la symptomatologie aiguë et l'identification des facteurs précipitants dans l'environnement. Elle est d'une durée d'un à quatre mois et inclut un traitement. Son effet principal est de préserver l'estime du patient pour lui-même en le maintenant dans la communauté et en préservant son statut de patient.

Les auteurs s'entendent pour reconnaître les avantages de l'hospitalisation partielle conçue de cette façon sur l'hospitalisation traditionnelle à un coût plus bas et avec généralement une réaction favorable de la famille [Herz (1982); Wilder (1966); Washburn (1976)].

L'hospitalisation partielle pour soins chroniques

Elle est caractérisée par des attentes limitées envers le patient, une tolérance élevée aux symptômes et une approche de traitement concrète et pratique. Le *ratio personnel/patient est bas* et la présen-

ce du psychiatre n'est pas requise de façon constante. Ce programme est accessible au patient *à vie* et il peut en entrer ou en sortir à sa guise.

L'étude de Linn *et al.*, (1979) s'est penchée sur l'efficacité de ce type de programme. Ceux offrant plus de thérapie occupationnelle étaient associés à des rémissions plus longues des patients, une réduction des symptômes, des modifications d'attitudes des patients, des admissions relativement plus longues et moins de « turn-over ». Les programmes qui offraient plus de thérapie de groupe et disposaient de plus de temps de personnel professionnel étaient associés à de mauvais résultats et à un « turn-over » élevé de patients. Les programmes dont les coûts sont les plus élevés sont généralement ceux dont les résultats sont moindres.

L'hospitalisation partielle avec programmes de réadaptation

Ce type d'hospitalisation partielle s'adresse à une population diversifiée de patients ayant des déficiences majeures au niveau du fonctionnement social ou vocationnel causé par des troubles sévères de la personnalité ou les vestiges d'épisodes psychotiques qui sont partiellement en rémission.

Ce type de programme fournit traitement et réadaptation *de façon plus intensive que possible dans une clinique externe traditionnelle*. Les objectifs élevés et les attentes de changement créent une atmosphère qui tolère peu les symptômes. Le temps des patients est très structuré et le personnel est de garde la nuit et les fins de semaine. L'accent est mis sur le développement et la réacquisition d'habiletés qui favorisent le retour au travail et permettent d'assumer un rôle familial; ceci inclut des techniques de thérapie brève, de la thérapie de groupe et familiale ainsi que de la médication.

Souvent ces programmes opèrent dans des lieux autres que l'hôpital général, les patients sont visités par les médecins plusieurs fois par semaine pour surveiller la médication. Les patients généralement requièrent de 4 à 8 mois de traitement. Ils sont requis de se présenter cinq jours par semaine, six heures par jour.

Une seule étude [Meltzoff et Blumenthal (1966)] compare ce type de programme à une clinique externe. Dix-huit mois après le congé, les patients bénéficiant du programme expérimental avaient plus de chance d'être employés, moins de chance d'être réhospitalisés et avaient moins de symptômes que ceux traités en clinique externe.

En résumé, il demeure encore beaucoup de confusion autour de la définition de l'hospitalisation partielle ce qui rend le petit nombre d'études existantes peu comparables entre elles. On s'entend cependant pour dire que les programmes d'hospitalisation partielle sont au moins aussi efficaces que l'hospitalisation traditionnelle pour traiter les patients psychotiques qui ne présentent pas de risque de violence (contre eux-mêmes ou contre autrui) ou de suicide, et supérieurs au traitement en clinique externe pour les schizophrènes chroniques qui s'améliorent beaucoup plus au niveau de l'adaptation sociale et de l'adaptation au travail [Moskowitz (1980); Greene (1981); Herz (1982); Hersen (1979); Weiss et Dubin (1982)]. Même si ces résultats ne peuvent être généralisés autant qu'on le voudrait, les patients ayant les troubles les plus graves ayant été exclus de ces études, ils sont suffisamment prometteurs pour permettre à l'Association américaine pour l'hospitalisation partielle (AAPH) de se développer et de commencer à élaborer définitions et standards de pratique pour les 1 280 programmes de ce type existant en 1973. Cette association définit l'hospitalisation partielle comme

> « an ambulatory treatment program that includes the major diagnostic, medical, psychiatric, psychosocial, and prevocational treatment modalities designed for patients with serious mental disorders who require coordinated, intensive, comprehensive, and multidisciplinary treatment not provided in an out-patient clinic setting » (Casarino 1982)

Cette définition inclut des programmes de jour, de soir et de fin de semaine. On distingue ces programmes des *soins de jour*, ces derniers ayant une fonction de réadaptation ou de maintien. On les distingue aussi des groupes d'entraide, des clubs sociaux et des « lounge programs » qui ne sont pas des programmes d'hospitalisation partielle mais qui peuvent cependant être thérapeutiques.

D'un point de vue coût-bénéfice l'hospitalisation partielle est nettement supérieure à l'hospitalisation traditionnelle [Langsley (1964); Herz (1971); Washburn (1976); Guillette (1978); Fink (1978); Guidrey (1979); Krowinsky et Fitt (1978)].

2.3.4 Programmes complets et intégrés

Le tableau 4 présente le schéma expérimental et les résultats des études de ce type.

Nous avons déjà souligné les résultats d'ensemble nettement supérieurs à la moyenne de ces types de programme. À titre d'exemple nous insérons ici une description plus détaillée de deux d'entre eux qui sont parmi les plus connus et qui sont en existence depuis un nombre impressionnant d'années. La Lodge Society a fêté son vingt-cinquième anniversaire il y a quelques années et Fountain House a présenté un follow-up de neuf ans.

Fairweather et al., (1969) « Lodge Society »

Cette expérience consistait dans le développement d'un programme de petit groupe à l'intérieur de l'hôpital, groupe visant au développement d'un sentiment d'appartenance et à la résolution de problèmes. Ce groupe était lié directement à une société autonome créée dans la communauté. Les rôles du personnel dans cette société étaient de nature consultative excepté durant la période de transition qui durait plusieurs mois. À long terme la « Lodge Society » devint autosuffisante sans dépendance aucune du personnel de l'hôpital. Le groupe contrôle bénéficiait du petit groupe à l'hôpital mais à sa sortie recevait le programme habituel en externe. Après quatre ans les membres de la « Lodge Society » en comparaison avec le groupe contrôle ont eu un taux de réhospitalisation plus bas de façon très significative, un taux d'emploi beaucoup plus élevé, un taux égal de satisfaction au travail et de plaisir personnel. De plus, le coût initial par personne était seulement le tiers du coût pour le groupe contrôle. Éventuellement la « Lodge Society » se suffit à elle-même sans aucun coût pour la société. Il faut dire ici que le taux d'emploi plus élevé s'explique par le fait que Fairweather *et al.* ont créé des emplois pour leurs clients et ont fourni un entraînement intensif et beaucoup de supervision à ce niveau.

Beard, Malamud et al., (1978) « The Psychosocial Rehabilitation Center — Fountain House »

Ce programme est généralement considéré comme le prototype du service communautaire intégré réussi.

Il se définit lui-même comme

Tableau 4

Alternatives à un traitement en externe

Auteur, date de publication	Type d'allocation	Type de programme expérimental	Type de clientèle	Type de contrôle	Durée du follow-up (mois)
BEARD Fountain House N.Y. 1963-1978	Sélection par rotation au moment de l'application. Test de trois types de méthodes de reaching-out.	Le programme régulier de F.H., c'est-à-dire 1. Activités sociales et récréatives. Haut niveau de tolérance; 2. Entraînement au travail; 3. Emploi de transition; 4. Appartements supervisés. Le personnel professionnel consiste en 10 travailleurs sociaux psychiatriques dirigeant un certain nombre de bénévoles. Un psychiatre est utilisé à temps partiel comme consultant. Liens étroits avec l'hôpital psychiatrique. N = 352; Exp. = 274; C = 78	1. Celle éligible aux services de F.H., c'est-à-dire ayant déjà été hospitalisée en psychiatrie ou référée par une clinique externe mais n'ayant pas de problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, d'homosexualité ouverte, d'épilepsie non contrôlée ou de comportement criminel; 2. Rencontrer les critères de recherche c'est-à-dire en être à leur premier contact avec F.H., avoir été dans la communauté moins de 4 mois, avoir été hospitalisés au moins deux mois et être résidents de N.Y.	Déféré aux autres services communautaires qui sont peu développés.	3 mois pendant 24 mois 108 mois
		Résultats: Taux de réhospitalisation des sujets du groupe expérimental plus bas que celui du groupe contrôle de façon consistante, la période critique étant entre le 6e et le 9e mois. Cependant, entre la 2e et la 9e année, les différences ne sont plus significatives ce qui veut dire que l'hospitalisation a été retardée plutôt que prévenue. Cependant, il existe une relation claire entre le taux de réhospitalisation et le taux de participation au programme, les décrocheurs ayant un taux de réadmission plus élevé. Des services de reaching-out continus amènent une plus grande participation. Le taux de participation au programme est une difficulté majeure. Le taux d'emploi du groupe expérimental est plus élevé.			
BEARD Fountain House N.Y. 1978	H	Un groupe participe aux programmes de F.H. avec des services de reaching-out. Un second groupe reçoit son entraînement au travail de l'entreprise privée. N = 74; Exp. = 40; C = 34	Même que précédemment.	Déféré aux autres services communautaires qui sont peu développés.	24 60
		Résultats: Identiques à l'étude précédente en termes de réhospitalisation.			
DINCIN Thresholds à Chicago 1969-1978		• Réadaptation au travail • Adaptation sociale • Prévention de réhospitalisation • Préparation académique • Vie autonome • Milieu informel non institutionnel où les patients sont appelés « membres »	Ex-patients psychiatriques Nombre de patients: capacité de 200 à la fois Population annuelle de 400. Pas de listes d'attente. *Résultats*: non publiés.		

Auteur, date de publication	Type d'allocation	Type de programme expérimental	Type de clientèle	Type de contrôle	Durée du follow-up (mois)
FAIRWEATHER Lodge Society Palo Alto California 1969	H	*Type de clientèle*: Individus hospitalisés volontaires pour le projet. *Type de programme*: Au début, les membres du groupe expérimental encore à l'hôpital se réunirent pour décider qui seraient leurs leaders, quelles seraient les procédures d'achat de nourriture et le type de travail dont chaque membre serait responsable. Trente jours plus tard, ils prirent possession du lodge — avec beaucoup de difficultés. Une supervision intensive fut assurée par un coordonnateur — psychologue d'expérience. Il fut ensuite remplacé par un étudiant en psychologie avec beaucoup moins d'expérience pendant qu'en même temps un conseil d'administration composé de membres du lodge à qui on laissa plus d'autonomie dans la gestion de la vie sociale et de travail des membres. Après plusieurs mois, l'étudiant fut remplacé par des bénévoles responsables de l'aspect « travail » alors que le conseil d'administration devenait la première responsable des investissement du lodge. N = 150; Exp. = 75; C = 75 *Résultats*: Ce projet a démontré la faisabilité d'une telle société à condition de choisir avec soin sa location dans un lieu où elle peut être en harmonie avec les normes et les valeurs du quartier environnant. Comparée avec des services externes traditionnels, une telle société a augmenté de façon significative le temps passé dans la communauté, le taux d'emploi et l'estime de soi de ses membres. En termes de coûts, cette société les a réduits de façon dramatique. Au début, lorsque l'ensemble des dépenses étaient payées par des sources externes, le coût était environ la moitié du coût de garde d'un individu dans un hôpital. De plus, il faut noter que les membres qui demeurèrent dans cette société devinrent éventuellement un groupe auto-suffisant. De plus, les patients ayant l'histoire d'hospitalisations antérieures la plus longue sont ceux qui bénéficièrent le plus de la société alors que les personnes comparables du groupe contrôle continuèrent d'avoir une adaptation très pauvre. Enfin, les processus de groupe furent différents à l'hôpital et dans la communauté. Ces différences semblent dues au fait qu'à l'hôpital le personnel professionnel ne peut jamais accorder une autonomie réelle aux groupes de patients, empêchant ainsi un leadership des patients de se développer. Dans la société du lodge, par contre, les membres durent éventuellement fournir l'ensemble du leadership pour le groupe. Et un excellent leadership du groupe s'est traduit par une excellente performance de groupe. *Limites d'interprétation*: L'échantillonnage au hasard a été fait à l'intérieur d'une population volontaire.	Services externes traditionnels	6-12-18-24-30-34-40

Tableau 4 (suite)

Alternatives à un traitement en externe

Auteur, date de publication	Type d'allocation	Type de programme expérimental	Type de clientèle	Type de contrôle	Durée du follow-up (mois)
LAMB San Mateo Californie 1971	H	Environnement avec un haut niveau d'attentes ce qui inclut une maison de transition, un hôpital de jour et un atelier de réadaptation. Beaucoup d'exigences en termes de mobilité, de planification et de responsabilités. N = 51; Exp = 31; C = 20	Sans famille, ou ne devant pas retourner dans sa famille. Au moins 6 mois d'hospitalisation dans les 2 dernières années (moyenne d'hospitalisation = 8 mois)	Environnement avec un bas niveau d'attentes c'est-à-dire chambres et pension où la docilité est valorisée et où on s'attend à peu d'initiatives.	6 18
		Résultats : Même s'il y eut plus de va et vient de l'extérieur de l'hôpital vers l'intérieur et vice-versa pour le groupe expérimental durant les premiers mois, à 6 mois 80 % du groupe expérimental était stabilisé dans la communauté contre seulement 45 % pour le groupe contrôle. Le premier avait une moyenne de 11 jours dans la communauté contre 43 pour le second. À 18 mois, la médiane du temps passé à l'hôpital est de 36 jours pour le groupe expérimental (N = 15) (nombreuses réhospitalisations mais plus courtes) contre 114 pour le groupe contrôle (N = 10). La moyenne du temps passé dans la communauté est de 307 jours pour le groupe expérimental et de 266 jours pour le groupe contrôle. *Limites d'interprétation* : Petit nombre. Résultats préliminaires.		
WOLKON Hill House Cleveland Ohio 1966-1971	H	Centre de réadaptation de transition (1 an) sans ressources résidentielles. La méthode principale d'intervention est le service social de groupe avec intervention individuelle et projets de travail de transition au besoin. N = 291; Exp. = 106; C = 185	Au moins un mois d'hospitalisation en psychiatrie, entre 20 et 60 ans, sans diagnostic de toxicomanie, de handicap intellectuel ou d'organicité	Service externe traditionnel	12 24
		Résultats : Il y a une association claire entre la participation active au programme et un taux de réadmission significativement plus bas, de même qu'une performance légèrement plus élevée au niveau des rôles et beaucoup plus élevée au niveau de la participation sociale.			

NOTE : Nous avons exclu l'étude de Meyer et Borgotta qui date de 1959 et celle de Gunrucku (1968) parce que l'article qui la décrit ne nous était pas disponible. D'autres projets sont présentement en cours d'évaluation tels Horizon House à Philadelphie et Rockland County N.Y. (Burt Pepper).

"an international community designed to create a restorative environment within which individuals who have been socially and vocationally disabled by mental illness can be helped to achieve or regain the confidence and skills necessary to lead vocationally productive and socially satisfying lives".

À l'intérieur de cette communauté on fait un effort conscient et on pose des gestes concrets quotidiens pour que chaque membre (membre et non patient) se sente attendu, désiré et essentiel au programme.

Les éléments de programme de ce modèle sont les suivants:

- programme de jour d'entraînement au travail
- programme d'emploi transitoire (TEP)
- programme de soir et de fin de semaine (7 jours par semaine)
- programme d'appartements
- programme de « reaching out »
- programme de boutique de vente
- journaux du club
- nom du club
- médicaments, consultation psychiatrique et service de santé
- évaluation du club

Deux études contrôlées rapportées en 1978 cherchent à répondre aux trois questions suivantes:

- jusqu'à quel point les patients psychiatriques désirant des services de réadaptation à leur sortie de l'hôpital participent-ils réellement à ces services?
- est-ce que des techniques de « reaching out » peuvent activer cette participation?
- y a-t-il une relation entre la participation des clients et les patterns à long terme de réhospitalisations?

La première recherche qui débuta en 1959 suivit 259 sujets dans le groupe expérimental et 81 contrôles sur une période de 9 ans. La deuxième étude débuta en 1964 et suivit 40 sujets du groupe expérimental et 34 contrôles pour une période de 5 ans.

Les sujets du groupe expérimental bénéficiaient des programmes de Fountain House alors que les contrôles n'y avaient pas accès. De plus, des sous-groupes expérimentaux reçurent des services de « reaching out » de façon systématique.

Globalement les résultats sont les suivants:

- les trois quarts des contrôles furent réhospitalisés avant cinq ans.

- les sujets expérimentaux ayant reçu des services de « reaching out » pour deux ans avaient des taux de réhospitalisation plus bas. Cependant les hospitalisations furent retardées et non empêchées. Elles furent plus courtes aussi.
- la moitié des sujets du groupe expérimental de la première étude ont fréquenté le centre moins de dix fois. Ceux qui ont reçu des services de « reaching out » ont participé deux fois plus souvent que ceux qui n'ont pas reçu de tels services. Ceux qui ont participé ont un taux de réhospitalisation beaucoup plus bas (37 %) que ceux qui n'ont pas participé (77 %) ou que les groupes contrôles (74 %).

2.4 Programmes cherchant à généraliser les innovations

La majorité des programmes dont nous venons de décrire les résultats ont été créés pour tester diverses modalités de traitement dans la communauté, ont été financés partiellement avec des fonds de recherche et se sont terminés après une phase d'expérimentation variant de 6 mois à 5 ans. Seuls les programmes intégrés se sont prolongés au-delà de la phase expérimentale.

La question suivante était de savoir si une fois démontrée la faisabilité il était possible de généraliser les résultats. C'est ce que l'expérience de Sacramento voulait démontrer.

2.4.1 L'expérience de Sacramento

L'experience de Sacramento se voulait l'évaluation, sur une grande échelle, de ce qui fonctionnait au niveau des projets pilotes et pouvait être généralisé. Il s'agissait d'un comté de 700 000 habitants avec 5 centres communautaires de santé mentale. Ce comté envoyait un grand nombre de ses résidents aux hôpitaux d'État (1 100 par année) et avait 750 patients dans le système hospitalier en 1968. Le programme avait un seul centre de crise ouvert 24 heures par jour avec un personnel professionnel motivé à éviter les hospitalisations inutiles. Ce centre de crise était situé dans le service d'urgence de l'hôpital du comté. Durant la journée il était possible de recevoir un traitement immédiat sur demande à chacun des centres communautaires et à plusieurs « outreach centers ». Des programmes spécialisés furent établis pour les patients chroniques (de même que pour les enfants, les personnes âgées et d'autres populations sans services). Depuis 5 ans, le nombre d'admissions aux hôpitaux d'État était passé de 1 100 par année à 30 à

40. En établissant un lien étroit entre les programmes de traitement communautaires et le système hospitalier, le nombre de patients à l'interne passa de 750 à 25.

Les principes et le support communautaire reçus par le programme sont décrits de la façon suivante:

The Sacramento program was based on principles of commitment to serving the needs of all patients; accessibility of all services; use of a multidisciplinary mental health team, with an appropriate role for each discipline; a continuum of specialized services for the chronic mental patient; aggressive and continuous follow-up; the use of the CMHSs for professional education; commitment to aggressive public education and information services; and an active program evaluation unit to monitor needs and assess the impact of services rendered. This new program (which featured crisis intervention as an important alternative to hospitalization) achieved a high degree of community acceptance, both public and political, and was treated positively by the media. This community support was best explained by the simple fact that the program worked, as evidence by several indices: evaluation studies showing that individuals with a psychotic diagnosis were receiving equal or higher levels of treatment than neurotics, the small number of patients being referred to state mental hospitals, positive feedback from licensing and inspection agencies, low frequency of consumer complaints and high frequency of positive feedback, and positive cooperation from law enforcement groups. The Sacramento experience was felt to be an indication of the usefulness of crisis intervention for avoiding hospitalization in truly large-scale service systems as well as in the pilot demonstration project in Denver.[1]

2.4.2 Programmes du N.I.M.H.

En 1977, le National Institute of Mental Health (N.I.M.H.) aux États-Unis a commencé à promouvoir le concept de Community Support Systems (CSS) concept défini comme suit:

> "a network of caring and responsible people committed to assisting a vulnerable population to meet their needs and develop their potential without being unnecessarily isolated or excluded from the community".

---

1 Le Boston State Hospital a fait une expérience de désinstitutionnalisation intéressante échelonnée sur une période de 15 ans et décrite dans Stein et Test (ed.) *Alternatives to Mental Hospital Treatment* (1978)

La population vulnérable en question était définie comme:

"adult psychiatric patients whose disabilities are severe and persistent but for whom long-term skilled or semi-skilled nursing care is inappropriate".

Ce concept est basé sur les théories et les recherches indiquant le rôle crucial des réseaux de support social (i.e. famille, parenté, amis, compagnons de travail) dans l'adaptation des malades mentaux dans la communauté [Brown and Harris (1978); Cobb (1976); Dean and Lin (1977); Henderson (1980); Mechanic (1979a et b); Miller et Ingham (1976); Mueller (1980); Turner (1981)]. Cette littérature suggère que des systèmes de support naturels renforcés par un réseau intégré de services peuvent réduire le stress de l'adaptation à la communauté.

Le système de support dans la communauté tel que conçu par N.I.M.H. implique: l'identification de la clientèle, des services de « reaching out », de l'aide pour remplir des formules, des services de stabilisation de crise dans l'environnement le moins restrictif possible, une diversité de services de réadaptation psycho-sociale, de l'hébergement protégé, des soins de santé physiques et mentaux, des services de support aux parents et aux amis. D'autres éléments essentiels d'un système de support dans la communauté incluent: engager les membres de la communauté concernés à fournir des services et des possibilités, protéger les droits des clients et fournir une coordination des plans de service (case management). Ce dernier service est devenu nécessaire pour compenser la perte du support que procurait autrefois l'institution et la fragmentation des services dans la communauté pour répondre aux besoins de base du malade mental et de sa famille.

Le programme du N.I.M.H. (Community Support Program — CSP) impliquait au départ des contrats de trois ans entre N.I.M.H. et des agences de santé mentale et l'État qui généralement créait des sous-contrats avec des agences locales pour le développement de projets de démonstration. Pour la première année d'opération, 3,5 millions $ ont été distribués à 19 États. En 1981, ce système fut transformé en système de subventions.

En 1980, le CSP est devenu une composante organisationnelle permanente du N.I.M.H. sous le nom de « Community Support and Rehabilitation Branch ». Cet engagement fédéral fut sanctionné lorsqu'il fut incorporé dans le Mental Health Systems Act qui est devenu loi en octobre 1980. À ce moment-là, le CSP était en passe de

devenir un programme majeur de service de santé mentale. Cependant, depuis ce temps il y eut changement de conjoncture, la loi a été abrogée et les budgets coupés de façon draconienne. L'administration Reagan veut un changement de pouvoir du niveau fédéral au niveau de l'État, ce qui devrait diminuer de beaucoup le rôle du N.I.M.H.

À ce jour on sait très peu de choses sur l'effet de ces programmes sur les utilisateurs. Par contre il existe des données sur la logique du programme, sa performance mesurée en termes d'activité légale, d'assistance technique et de collaboration entre établissements, identification des besoins et de la population cible.

Critique

Nous ne possédons pas toutes les données de la critique de ce programme. Cependant, il existe un courant d'idées important qui croit que d'une part le financement procuré par ce programme répondait à un besoin réel et était absolument essentiel pour répondre aux besoins des malades mentaux vivant dans la communauté.

Mais d'autre part, on n'est pas d'accord avec la façon de dépenser cet argent. On croit qu'elle n'est pas nécessairement consistante avec les résultats de recherche connus. En d'autres mots si les services existants actuellement ne sont pas modifiés, les mentalités des cliniciens changées, les structures organisationnelles modifiées pour assurer une responsabilisation face à la clientèle chronique et une continuité de service, les services additionnels développés avec cet argent ne sont qu'une mégastructure sur une base aux pieds d'argile.

Chapitre 3

Efficacité d'interventions spécifiques

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons d'abord aux quatre mesures que l'on retrouve de façon constante dans chacun des programmes réussis présentés au chapitre précédent et qui, prises ensemble, sont décrites comme étant les ingrédients essentiels au succès du programme. Le succès est ici défini de façon élémentaire comme une réduction des taux d'hospitalisation et une certaine amélioration de la qualité de vie.

Nous parlerons ensuite des interventions thérapeutiques en soi qui contribuent aussi sous diverses formes aux facteurs de succès énoncés précédemment.

Nous nous intéresserons ensuite aux interventions qui, additionnées aux mesures précédentes visent un résultat supérieur, c'est-à-dire cherchent en plus à améliorer le fonctionnement instrumental.

Nous dirons ensuite un mot des interventions de support social et de réseaux pour lesquelles nous n'avons pas trouvé d'évaluation de type expérimental mais qui se retrouvent parmi les mesures que nous décrivons et qui devraient se développer dans l'avenir tel que le laisse entrevoir le chapitre 4.

3.1 Ingrédients essentiels aux programmes réussis

Le contenu des programmes réussis est très variable. Cependant, ces quatre éléments se retrouvent de façon constante partout :

- intervention de crise
- médication appropriée
- intervention familiale ou auprès de l'entourage le plus significatif
- continuité des services.

La façon d'opérationnaliser ces quatre éléments peut, elle, être très variable.

3.1.1 L'intervention de crise

Généralement, dans tous les projets expérimentaux, les sujets évalués comme nécessitant une admission sont confiés à une équipe qui les traite sans hospitalisation et qui demeure disponible

24 heures sur 24. Les modalités varient. Pour Pasamanick l'intervention est assumée par une infirmière en santé publique avec l'appui du psychiatre et du travailleur social de l'hôpital. Pour Langsley il s'agit d'une thérapie familiale de crise effectuée par une équipe. Pour Fenton à Montréal il s'agit d'une équipe qui se partage les responsabilités et effectue des visites à domicile. Les résultats pour le groupe expérimental, dans tous les cas, ne sont pas très différents de ceux du groupe contrôle. Le coût est nécessairement plus bas à cause de l'hospitalisation initiale qui est élevée. Langsley estime le coût du traitement de crise à environ le dixième de celui de l'hospitalisation. Il estime aussi à 70 % de la population généralement hospitalisée celle qui pourrait être traitée de cette façon. Fenton parle de 55 % — Stein et Test de 75 %. Dans tous les cas, le personnel de ces projets expérimentaux était très engagé envers la clientèle et très motivé à éviter l'hospitalisation.

Langsley écrivant sur l'intervention de crise de l'avenir cite d'autres expériences qui ont testé l'intervention de crise, incluant celle de Sacramento.

Bell (1978) Illinois

Le programme a fait la démonstration d'une réduction des admissions de l'ordre de 16 % dans les 6 premiers mois de fonctionnement et une réduction de 14 % du nombre des premières admissions. Le programme offrait une intervention de crise agressive faite soit par l'infirmière psychiatrique ou le travailleur social et tous les patients avaient des contacts avec le psychiatre. Il y avait un follow-up agressif lorsque les patients ne se présentaient pas à leurs rendez-vous. Ils étaient alors confrontés à leur comportement et l'accent était mis sur les psychodynamiques individuelles, les forces de la famille et les problèmes familiaux. On faisait prendre conscience à la famille de son rôle et de sa responsabilité dans le maintien du patient hors de l'hôpital. L'auteur conclut à l'utilité de ce programme pour les patients qui ont des épisodes psychotiques aigus de façon intermittente.

Stein-Test

Ils ont fait la démonstration que l'intervention de crise pouvait améliorer les capacités d'adaptation (coping skills). Le type d'intervention a été trouvé particulièrement utile pour les patients ayant une dépendance agressive.

Delaney, Seidman, Willis (1978)

Ici encore on veut tester l'intervention de crise comme alternative à l'hospitalisation chez les groupes ayant eu 25 à 30 admissions par 3 mois durant les deux ans précédant l'intervention. Durant les deux ans de l'expérimentation, le groupe contrôle conserva ce niveau d'admission alors que les admissions du groupe expérimental furent réduites à 5 par 3 mois soit une réduction de 83 %. Une étude de coûts démontra une réduction importante des coûts due à l'absence d'hospitalisation et une diminution des coûts aussi pour les familles.

Smith, Kaplan & Siker (1974)

Ce programme met l'accent sur l'intervention de crise, une volonté d'assister toute personne qui se présente pour recevoir de l'aide et un effort vigoureux pour mettre le patient en contact avec toutes les ressources communautaires nécessaires pour maintenir leur fonctionnement. Une hospitalisation à très court terme pouvait être incluse comme un des éléments du programme. Malgré le coût de cette hospitalisation les auteurs concluent à un coût moindre que l'hospitalisation traditionnelle.

3.1.2 Médication appropriée

Il est généralement reconnu que la médication est nécessaire au patient psychotique, au moins temporairement. Cependant il arrive que ou bien il cesse de la prendre, ou bien la structure de service ne favorise pas une connaissance suffisante du patient pour la prescription de doses ajustées avec beaucoup de précision, ce qui entraîne des rechutes.

3.1.3 Intervention familiale

Mc Farlane *et al.*, (1983) évaluent les effets de divers types de thérapie familiale sur la réadaptation de patients atteints de désordres psychotiques. Ces techniques sont classées selon qu'elles s'inspirent a) du modèle médical ou b) des principes de la théorie de la communication.

Dans le groupe des thérapies rattachées au modèle médical figurent a) les interventions auprès des familles en situation de crise; b) la thérapie familiale psycho-éducative; c) les groupes de parents et d) la thérapie familiale behavioriste accompagnée d'un entraînement aux habiletés sociales. Quant aux thérapies axées sur le modèle de la communication, les auteurs en distinguent deux: la thérapie familiale dite stratégique et la thérapie familiale systémique.

Le but principal de ce travail n'étant pas d'expliquer chacune de ces approches, nous renvoyons le lecteur intéressé à l'article de Mc Farlane *et al.*, (1983) pour une description plus détaillée. Cependant, pour plus de clarté, nous trouvons important de préciser brièvement ce qui suit.

Dans le cadre de leur article synthèse, Mc Farlane *et al.*, (1983) expliquent que les thérapies s'inspirant du modèle médical interviennent sur les désordres psychotiques de façon indirecte. Reconnaissant dans ces troubles une cause essentiellement organique, ils espèrent atténuer la chronicité du patient en renforçant l'organisation de ceux qui sont autonomes et en leur fournissant une philosophie commune de la maladie mentale.

Habituellement ces buts sont atteints par l'éducation (informations sur les désordres en question) et par des interventions visant à améliorer les interactions et relations familiales. Comme moyen thérapeutique supplémentaire, nous constatons que les défenseurs de ce modèle utilisent simultanément, et en sus des interventions auprès de la famille, l'inévitable pharmacologie.

Des 4 études [Goldstein, et Kopeikin, (1981); Anderson, Hogarty et Reiss, (1980); Leff, Berkowitz et Kuipers, (1983); Falloon et Liberman, (1983)] inscrites sous ce titre et recensées par Mc Farlane *et al.*, (1983), ressort une seule et même conclusion. Comparativement à une approche ou thérapie individuelle, la thérapie familiale est de beaucoup supérieure pour prévenir de nouvelles hospitalisations, un an après le début de son utilisation. À plus long terme on en ignore les effets.

Ces approches sont considérées « nouvelles » comparativement à la thérapie familiale classique. Elles ont en commun un certain nombre de caractéristiques:

- au lieu de percevoir la famille comme importante dans la causalité de la maladie, on la perçoit comme un facteur primordial de structuration et de forces sur laquelle on peut compter. Elle devient donc un partenaire des services de traitement;
- toutes ont comme objectif l'amélioration des conséquences de la maladie, non sa guérison. La plupart cherchent à réduire le taux de récidive au-delà de ce qui peut être atteint avec la médication et à améliorer le fonctionnement psycho-social du patient;
- au niveau des moyens on retrouve aussi des caractéristiques communes:

  – alliance avec les membres de la famille

– éducation de la famille et information sur la maladie et le processus du traitement
– amener des changements spécifiques au niveau de l'interaction
– interventions structurelles au niveau de la famille c'est-à-dire utiliser les parents comme co-thérapeutes et gardiens et placer le patient dans une position temporaire inférieure à son âge réel
– regroupement de plusieurs familles.

Un certain nombre de constats des recherches récentes sur la famille ont amené le développement de ces nouvelles approches familiales. Ces constats sont les suivants:

- une intervention auprès de la famille des patients psychiatriques donne des résultats de beaucoup supérieurs à une absence d'intervention. Une intervention familiale de nature éclectique est plus efficace qu'en thérapie familiale traditionnelle (formelle)[1]
- pour les patients schizophrènes, trop de stimulation émotive de la part de la famille peut être nuisible alors qu'une stimulation insuffisante peut aussi être nuisible[2]
- le fardeau sur la famille du patient psychiatrique chronique est trop lourd pour être assumé uniquement par la famille et le réseau informel[3].

3.1.4 La continuité des interventions

Les acquis ne se sont pas maintenus lorsque les projets expérimentaux se sont terminés [Davis, (1974)]. Ceci est indicatif de

- la vulnérabilité de la personne souffrant de troubles mentaux majeurs qui est ainsi sujette à des crises périodiques sur une longue période de temps
- l'incapacité du système traditionnel de soins de réduire l'impact de ces crises alors que les projets expérimentaux semblent avoir été capables de le faire dans une bonne proportion des cas.

1 Glick I.D.

2 Leff, J. and Vaughn, C. (1980). The interaction of life events and relative's expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. Br. J. Psychiatr. 136: 14653.

3 Sainsbury, E. and De Alareon, G. The cost of community care and the burden on the family of treating the mentally ill at home in impairment. Disability and Handicap. Lees, D. and Shaw, S. (eds) Heinemann 1974.

3.2 Traitement

Généralités

Alors que, d'une part, de brefs séjours en hôpital suffisent pour contrôler efficacement la symptomatologie aigüe, on observe, d'autre part, chez les malades mentaux transférés dans la communauté, un fonctionnement social très pauvre et une qualité de vie passablement médiocre.

D'après Test et Stein (1978b) ces différents constats sont à l'origine des nouvelles approches thérapeutiques offertes après un séjour en hôpital. Généralement, ce type de traitement est appelé « soins postcure » ou « suivi ».

Dans ce qui suit, nous soulevons, avec Test et Stein (1978b), les deux questions suivantes: a) les soins postcure sont-ils efficaces pour prévenir de nouvelles hospitalisations et accroître le niveau d'adaptation sociale d'anciens patients psychiatriques?... b) si oui, quel(s) types(s) de soins postcure sont les plus efficaces?

Parmi les études que nous avons recensées, six articles synthèses, en plus de celui de Test et Stein, fournissent des éléments de réponse différents à ces deux questions. Nous présenterons donc ici ces données selon qu'elles renseignent sur l'efficacité en général d'un suivi, ou encore sur des composantes plus spécifiques d'un programme de soins postcure.

Notons que nous avons déjà présenté les résultats de la méta-analyse de Straw (1982) à ce sujet au chapitre 2.

3.2.1 Présence versus absence d'un suivi post-cure

En réponse à la question de savoir si les soins postcure aident les ex-patients à rester dans la communauté, Test et Stein (1978b) fournissent les résultats de cinq études contrôlées [Beard *et al.*, (1963); Claghorn *et al.*, (1971); Katkin *et al.*, (1971); Sheldon, (1964); Caffey *et al.*, (1971)]. Habituellement, ces recherches comparent les deux conditions expérimentales suivantes: présence versus absence de soins postcure. Le type de soins postcure, lui, varie avec chaque étude.

Leurs résultats: la plupart de ces études sont unanimes pour dire que le taux de récidives est fonction de la quantité de soins postcure: plus les soins postcure sont nombreux moins il y a de rechutes. Cependant, les résultats de l'étude de Caffey *et al.*, (1971) vont dans le sens opposé. Notons toutefois que, dans ce projet, les

groupes expérimentaux et de contrôle recevaient tous deux une forme de soins postcure. Par conséquent, on ignore à quelle variable nous devons attribuer les mérites.

Évaluant aussi l'influence d'un suivi sur la symptomatologie et le fonctionnement psycho-social, cette dernière étude constate que des soins postcure enrichis (intensifs) réduisent davantage la symptomatologie qu'un suivi traditionnel offert par une clinique hospitalière externe. Sur la variable fonctionnement psycho-social, il n'y a pas de différence entre les deux groupes.

Bref, de conclure Test et Stein (1978b), étant entendu que les soins postcure sont efficaces pour prévenir la récidive, il reste à savoir quels en sont les variables ou facteurs de réhospitalisation. Ces facteurs seront moindres lorsque les patients auront bénéficié d'au moins six séances de soins, lorsqu'ils seront jugés très chroniques et auront été vus au moins aux trois mois.

Réévaluant en partie les études déjà citées, ainsi que certaines autres, Erikson (1975) montre combien les conditions expérimentales sont souvent ambiguës et ne permettent de tirer aucune conclusion définitive. S'inspirant d'autres études [Clayghorn & Kinross — Wright, (1971); Meldel & Rappaport, (1963); Arlinsky & D'Elis, (1964); Rajotte & Denber, (1963); Sheldon, (1964)], il en arrive néanmoins à une conclusion similaire: la continuité des soins postcure est responsable de la réduction des taux de réhospitalisation. Retenons, cependant, que l'importance du suivi paraît surtout évidente dans le cas d'une hospitalisation brève, mais aussi que le taux de participation des patients au suivi est souvent très faible. D'où la difficulté de proposer des conclusions définitives quant aux facteurs impliqués dans la réussite ou l'échec des soins postcure.

Voyons maintenant ce que suggèrent les résultats des études intéressées à l'efficacité plus spécifique des différentes composantes d'un programme de soins postcure.

3.2.2 Les centres de jour

Citant une seule étude [Metzoff & Blumenthal, (1966)] Anthony *et al.*, (1972) soulignent que les anciens patients psychiatriques, ayant reçu des soins postcure dans un centre de jour, se comparent avantageusement à ceux en ayant reçu dans une clinique externe d'un hôpital. C'est du moins ce qui ressort des taux comparatifs de réhospitalisation (30 %:64 %). Sur la variable fonctionnement au travail, cette étude ne permet de tirer aucune conclusion.

3.2.3 Médication

Médication à l'interne

Évaluant les implications et les effets d'une thérapie pharmacologique sur la réadaptation de patients schizophrènes, Engelhardt et Posen (1982) observent ce qui suit. Un certain nombre d'études bien contrôlées, menées auprès des patients hospitalisés, ont montré que les patients traités au moyen d'une médication active obtiennent plus souvent et plus rapidement leur congé de l'hôpital que ceux ayant reçu une médication factice appelée placebo. Pour appuyer cette conclusion, les auteurs se réfèrent aux cinq revues de la littérature suivante: Cole et Davis (1969); Efron *et al.*, (1968); Engelhardt (1974); Gittelman — Klein et Klein (1968); Klein et Davis (1969).

Ces auteurs ajoutent: Des études récentes laissent entendre que l'efficacité d'une pharmacothérapie serait fonction du degré de compétence des patients. De façon plus spécifique, il ressort que les phénothiazines sont surtout efficaces chez les patients jugés peu ou non compétents; la compétence étant définie en termes de degré de scolarité, d'emploi(s) antérieur(s) et de statut marital. Pour ce groupe de patients jugés incompétents, la pharmacologie s'est avérée significativement efficace pour a) améliorer le taux d'emploi, le fonctionnement social en général et les relations au niveau du couple [Saenger, (1970)]; b) pour réduire la durée de l'hospitalisation et/ou différer le moment d'une nouvelle admission à l'hôpital. En ce qui concerne les patients jugés très compétents, la situation juste décrite était inverse [Evans *et al.*, (1972); Engelhardt et Freeman, (1965); Posen *et al.*, (1968, 1971)]. Bref, la pharmacothérapie semble essentiellement efficace auprès des patients les plus démunis.

Furent aussi évalués par Engelhardt et Rosen (1982) les effets d'une pharmacothérapie sur *le rendement au travail*. Rapportant les résultats de cinq études, ces auteurs soulignent:

- même si une médication active influence peu le taux de productivité, elle semble inciter à la ponctualité et à la persistance dans le travail [Esser *et al.*, (1965); Esser, (1966)]
- dans la catégorie des tranquillisants majeurs, la pilule « Thiothixene » semble la seule capable d'influencer significativement la productivité au travail, ainsi qu'en témoignent des résultats comparatifs effectués entre divers médicaments et une administration de placebo [Gardos, Finnerty et Cole, (1970); De Mascio et Demirgian, (1972)]

- le médicament « Chlorpromazine » est sans effet sur le taux d'emploi et sur la performance au travail. Cependant il sert à réduire de façon significative le nombre de nouvelles hospitalisations [Pasamanick, Scarpette et Denitz, (1967)].

D'après Engelhardt et Rosen (1982), ces derniers résultats ne sont pas étonnants car les chercheurs n'ont fourni, à leurs clients, aucune forme d'entraînement au travail et ne se sont nullement préoccupés de les référer à des agences de placement; c'est donc dire qu'une pharmacothérapie utilisée seule a peu ou pas d'influence sur l'emploi et/ou sur la productivité au travail.

Dans cette même direction, Engelhardt et Rosen (1982) soulignent que les effets d'une thérapie pharmacologique sur la réadaptation professionnelle restent obscurs. Ils ajoutent: si l'administration de psychotropes sert à contrôler la symptomatologie et à maintenir l'ex-patient dans la communauté, le rendant plus apte et capable d'emploi, par définition, la pharmacothérapie ne peut fournir aux sujets les motivations, habiletés et occasions nécessaires pour obtenir et conserver un emploi. Un environnement approprié et supportant semble indispensable à une amélioration du fonctionnement social de l'ex-patient psychiatrique. Pour appuyer ce point de vue, l'étude de Fairweather *et al.*, (1969) est citée.

Médication en externe

Suivi fondé uniquement sur la médication

Sous cette rubrique seront retenues des études qui évaluent l'influence d'une pharmacothérapie sur les taux de réhospitalisation et d'emploi.

À la lumière d'une série de quatre études [Williams & Walter, (1961); Walker *et al.*, (1960); Ellsworth & Clayton, (1960); Michtom, Goldberg *et al.*, (1957)] Anthony *et al.*, (1972) concluent qu'une pharmacothérapie non accompagnée de contacts avec les ex-patients est sans effet sur les rechutes et l'emploi.

Cette conclusion contraste avec les propos de Minkoff (1978). Ce dernier relève que la médication influence significativement les taux de réhospitalisation. S'appuyant sur les résultats de deux études [Caffey, (1964); Goldberg *et al.*, (1977)], lesquelles ont comparé les taux de rechute d'un groupe recevant une médication à un autre n'en recevant pas (placebo), il observe qu'une pharmacothérapie prévient de nouvelles hospitalisations.

De l'avis d'Anthony *et al.*, (1978), ces chiffres signifient peu de choses. De fait, s'il est vrai que l'absence de médicaments peut entraîner une détérioration du fonctionnement en général, il faut aussi savoir qu'environ 20 à 50 % des patients ayant reçu des placebo ne récidivent point, alors que 20 à 50 % des patients traités au moyen d'une médication réelle le font [Davis, Gosenfield & Tsaï, (1976); Hogarty, Goldberg et Schooler, (1974)]. En outre, d'ajouter Anthony *et al.*, (1978) d'autres découvertes vont dans ce sens. Ainsi une revue critique de la littérature, portant sur le maintien d'une médication après un séjour en hôpital, révèle ceci: un nombre aussi élevé que 50 % des ex-patients ne se porterait pas plus mal sans médication [Gardos et Cole, (1976)]. En outre, prendre des médicaments sur une longue période peut, en plus d'entraîner des complications sérieuses souvent irréversibles, influencer négativement la réadaptation sociale. Particulièrement alarmants, sont aussi les effets secondaires (décès inexpliqués et problèmes d'accoutumance et de désintoxication) [Tarsy, Granacher & Bralover, (1977); Tobias & Mac Donald, (1974)] qu'engendre une médication prise à long terme.

Enfin, d'après Anthony *et al.*, (1978), *des études récentes* confirment la faible influence d'une pharmacothérapie utilisée seule. Ainsi, par exemple Franklin, Kittredge & Thrasher (1975) ne trouvent aucune différence significative entre le type de médicament prescrit, la durée et le dosage de la prescription, le fait de prendre assidûment ou non ses médicaments, le fait d'être actuellement ou non sous médication et, enfin, les taux de réadmission à l'hôpital. Quant à Engelhardt et Rosen (1976), ils affirment que la preuve concernant des liens possibles entre les effets de la pharmacothérapie et un meilleur fonctionnement au travail reste définitivement à faire.

Et Anthony *et al.*, (1978) de conclure: Alors qu'une approche pharmacologique peut souvent servir de support initial pour amorcer un processus de réadaptation, une utilisation à long terme peut sérieusement gêner sa réalisation.

Dans cette même direction, Test et Stein (1978a) ajoutent: Nous ne pouvons pas encore affirmer qu'il y a des avantages à traiter d'anciens patients psychiatriques au moyen d'une médication et, cela, même si plusieurs données vont dans ce sens [Goldstein, (1970); Rappaport *et al.*, (1974); Schooler *et al.*, (1967)]. Et d'ajouter: Le type de patients qui devraient recevoir une médication, à titre de soins postcure ou d'un traitement à l'interne, est une question non résolue. Les seules données prédictives sur le sujet nous sont

fournies par Brown *et al.*, (1972) et viennent d'Angleterre. Assez curieusement, les résultats de cette étude révèlent que c'est une caractéristique reliée à la famille du patient — plutôt qu'au patient lui-même — qui détermine si un patient devra prendre ou non des médicaments à sa sortie de l'hôpital. Cette caractéristique consiste en une trop grande implication négative (du genre surprotection) de la famille envers leur proche malade.

Suivi fondé sur la médication plus support social

En plus d'administrer de routine des médicaments, les cliniques externes des hôpitaux fournissent habituellement d'autres services (entrevues de relance, « casework », thérapie) aux patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital. La fréquence générale des contacts qu'ont les patients avec ces services est d'ordre à peu près mensuel.

Dans leur article synthèse de 1972 et après avoir évalué les résultats de six études [Hornstra & Mc Portland, (1963); Kris & Carmichael, (1956); Mendel & Rappaport, (1963); Arlinsky & D'Elia, (1964); Pollack, (1958); Vitale & Steinback, (1965)] Anthony *et al.*, ont proposé les conclusions suivantes: Si les cliniques externes sont efficaces pour faire diminuer le nombre de récidives, on ignore toujours si les effets positifs sont dus principalement à la médication reçue, aux autres types de services ou encore au type de patients que ces cliniques reçoivent.

Un certain nombre de recherches plus récentes feraient, semble-t-il, un peu de lumière sur ce point. Ainsi, Anthony *et al.*, (1978) font ressortir les variables susceptibles d'expliquer l'efficacité des cliniques externes pour prévenir de nouvelles hospitalisations.

Des recherches retenues, les points suivants se dégagent:

- les patients « traités » avec des placebo sont réhospitalisés deux fois plus souvent que ceux soignés au moyen d'une médication réelle [Hogarty, Goldbert & Schooler, (1974)];
- il n'existe aucune différence entre les caractéristiques démographiques des patients utilisant ou non les services offerts par ces cliniques [Anthony & Buell, (1973)];
- le nombre de réhospitalisations est fonction du nombre de contacts qu'a un patient avec les services: un plus grand nombre de contacts entraînant une baisse subséquente des taux de rechute. Notons toutefois que cette observation ne vaut que pour les patients présentant un haut degré de chronicité. Pour ceux

jugés moins chroniques, le nombre de contacts n'affecte pas le nombre de réhospitalisations [Kirk, (1976); Mc Cranie & Mizell, (1978)];

- cette relation entre le nombre de contacts avec les services externes et le taux de rechute ne serait pas aussi évidente que ne le laissent supposer ces dernières études, bien qu'une tendance similaire soit observée [Mc Nees *et al.*, (1977)].

En résumé, trois variables semblent influencer l'efficacité d'un suivi offert par une clinique externe d'un hôpital. Ce sont la médication, le nombre de contacts avec ces services et le degré de chronicité des patients.

Médication seulement ou médication plus sociothérapie

Sous ce titre, Test et Stein (1978b) retiennent trois études dites contrôlées car utilisant une distribution au hasard de leurs sujets [Claghorn *et al.*, (1974); Guy *et al.*, (1969); Hogarty et Goldberg, (1973)]. Ces études offrent des comparaisons entre un suivi comportant une médication seulement et un suivi incluant à la fois une médication en plus d'une sociothérapie. Selon ces études respectives, la sociothérapie consiste en une thérapie de groupe hebdomadaire, un traitement en hôpital de jour et en une « Major Role Therapy ». Cette dernière consiste en environ deux contacts par mois avec un travailleur social.

D'après Test et Stein (1978b), en raison d'un manque de rigueur scientifique, les résultats des deux premières études sont douteux. Quant à ceux de Hogarty & Goldberg, ils indiquent que les médicaments réduisent davantage les taux de réhospitalisation que la sociothérapie. Au sujet de la variable fonctionnement psycho-social, aucun effet majeur ne fut rapporté ni pour le groupe sous médication, ni pour le groupe recevant une sociothérapie. Cependant, après 18 mois, une interaction significative révèle que la combinaison drogue — sociothérapie est meilleure que la condition médication seulement. Pour les patients recevant des placebo, la condition absence de « thérapie » produit de meilleurs résultats.

Évaluant, pour leur part, les effets possibles d'une pharmacothérapie et d'une approche psycho-sociale non intensive, Mosher et Keith (1980) retiennent une même série d'études [Goldberg *et al.*, (1977); Hogarty *et al.*, (1973, 1974a, 1974b, 1976); Hogarty et Ulrich, (1977); Hogarty *et al.*, (1979)]. Leurs conclusions se lisent comme suit: Les effets d'une thérapie psycho-sociale non intensive — pour autant qu'ils existent — apparaissent relativement tard. Dans

cette conclusion, les auteurs attirent notre attention sur deux points essentiels. D'abord sur la durée et l'intensité très insuffisantes des interventions dites psychosociales et ensuite, sur l'impossibilité d'obtenir des changements rapides dans ce domaine précis qu'est la réadaptation sociale du patient psychiatrique chronique. À ce sujet, ils font remarquer que les résultats positifs au niveau du fonctionnement social commencent seulement à se manifester après 18 mois d'un suivi non intensif [Goldberg *et al.*, (1977)]. Reste donc à savoir si un suivi plus intensif peut produire de meilleurs résultats. Cet aspect sera évalué ultérieurement.

3.2.4 Thérapie individuelle ou de groupe

Psychothérapie individuelle à l'interne

Dans le cadre d'une imposante revue de la littérature, Mosher et Keith (1980) évaluent les effets de différentes formes de psychothérapie individuelle, lesquelles sont offertes à des patients hospitalisés diagnostiqués schizophrènes. Les formes de psychothérapie individuelle évaluées sont soit d'orientation analytique [Grinspoon, Ewalt et Shader, (1972)], et/ou mettent l'accent sur la nécessité de renforcer certaines fonctions déficientes du Moi [Karon et Vandenbos, (1972); May, (1968)], soit encore sont d'orientation rogérienne: thérapie centrée sur le client [Rogers *et al.*, (1967)].

Les résultats de ces études rapportés par Mosher et Keith (1980) sont bien minces et quelque peu contradictoires. Tout d'abord, deux études font ressortir que la psychotérapie individuelle utilisée seule produit peu d'effets sur les schizophrènes, la combinaison psychothérapie plus médication s'avérant plus efficace [Grinspoon, Ewalt et Shader, (1972); May, (1968)]. Par ailleurs, deux autres recherches rapportent certains résultats en faveur de l'approche individuelle. Ainsi, l'étude de Rogers *et al.*, (1967) laisse entendre qu'une psychothérapie offerte en plus d'un traitement en hôpital est plus efficace, quoique d'une manière équivoque (non expliquée), qu'un traitement en hôpital seulement. De façon similaire, l'étude de Karon et Vandenbos (1972) montre que la psychothérapie individuelle favorise une diminution significative du nombre de jours passés à l'hôpital et une amélioration clinique générale significativement plus grande; cela en comparaison avec un groupe de patients ayant reçu un traitement hospitalier dans un lieu public réputé « bon ».

Il convient de souligner ici, avec Mosher & Keith (1980), l'important manque de rigueur de ces études. En conséquence, il s'avère

impossible de tirer des conclusions définitives au sujet des mérites d'une psychothérapie individuelle avec des patients schizophrènes.

Réévaluant ces mêmes études mais sur un plan purement méthodologique, Klein (1980) en arrive à une conclusion à peu près similaire. En bref, il déplore l'inexistence de données scientifiques nous permettant d'affirmer que la psychothérapie individuelle avec des patients schizophrènes puisse apporter *quelque bénéfice clinique que ce soit* concernant l'efficacité des psychothérapies offertes à des patients hospitalisés. Anthony *et al.*, (1972) indiquent brièvement ceci : indépendamment du type de thérapie traditionnelle reçue, que ce soit une thérapie de groupe éclectique [Haven & Wood, (1970)], une thérapie individuelle d'orientation psychanalytique ou une thérapie de groupe [Walker & Kelly, (1963)], une thérapie individuelle ou de groupe [Fairweather & Simon, (1963) ; Fairweather *et al.*, (1960)], une pharmacothérapie, des électro-chocs, une thérapie individuelle ou de groupe [Freeman & Simmons, (1963)], les taux d'emploi et de réhospitalisation ne sont pas modifiés. Ceux-ci varient respectivement de 42 % après 6 mois à 23 % après 3 ans (emploi) et de 38 % après un an à 73 % après 3 ans (réhospitalisation).

Présence ou non d'une thérapie de groupe à l'interne

La thérapie de groupe dont il sera question dans cette partie vise à fournir un support et/ou un environnement dans le cadre duquel les patients peuvent développer des habiletés sociales et commencer à établir des relations amicales pouvant devenir de plus en plus profondes.

Dans leur revue de la littérature, Mosher et Keith (1980) ont identifié six études de ce type [Boe *et al.*, (1966) ; Haven et Wood, (1970) ; Lipton *et al.*, (1968) ; Olson et Greenberg, (1972) ; Patteson *et al.*, (1967) ; Vitalo, (1971)]. Chacune de ces études compare l'efficacité entre la présence et l'absence d'une thérapie de groupe offerte à des sujets schizophrènes hospitalisés. C'est dire qu'un groupe de sujets reçoit seulement un traitement hospitalier traditionnel alors qu'un autre bénéficie en outre d'une thérapie de groupe à raison d'une fréquence généralement bi-hebdomadaire.

Parmi les six études évaluées, quatre démontrent que la thérapie de groupe est relativement *peu efficace*, les taux de réhospitalisation étant similaires dans les deux groupes (Haven et Wood) ou légèrement inférieurs pour ceux recevant une thérapie de groupe [Lipton *et al.*, (1968)]. De même une réduction équivalente des symptômes est observée dans les 2 groupes [Patteson *et al.*]. Par

ailleurs, deux autres études rapportent des effets positifs au niveau de l'adaptation sociale en faveur de l'approche de groupe [Olson et Greenberg, (1972); Vitalo, (1971)]. D'après Mosher et Keith, ces deux dernières études sont beaucoup plus significatives que les autres, ayant été conduites de façon beaucoup plus rigoureuse en ce qui concerne du moins la durée plus longue du traitement et les critères utilisés pour évaluer l'efficacité.

Critiquant ces mêmes études, Klein (1980) fait remarquer que les résultats apparemment positifs soulignés à l'instant ne sont ni du tout évidents, ni clairement reliés à la schizophrénie, certaines études comportant des patients autres que des schizophrènes et plusieurs limites ou défauts méthodologiques.

Critiquant la façon dont Mosher et Keith ont rapporté ces études et ne voulant prendre en compte que des résultats nettement significatifs d'un point de vue scientifique, Klein (1980) conclut: Les mérites de cette approche psychosociale ne sont certainement pas clairement établis.

Thérapie individuelle versus thérapie de groupe en externe

Mosher et Keith (1980) rapportent les résultats de quatre études contrôlées ayant comparé l'efficacité entre une psychothérapie de groupe et une thérapie individuelle offerte à des populations très diversifiées d'anciens patients schizophrènes. Ces études sont celles de Herz *et al.*, (1974); Levine *et al.*, (1970); O'Brien *et al.*, (1972) et de Purvis et Miskimins (1970).

Utilisant comme critère d'efficacité celui de récidive, trois études observent que les approches individuelles et de groupe produisent des résultats similaires. Différemment, celle de Purvis & Miskimins (1970) trouve la thérapie de groupe avantageuse. Deux de ces études ont également mesuré l'adaptation sociale, cependant leurs résultats sont contradictoires: l'une favorisant l'approche de groupe [O'Brien *et al.*, (1972)] et l'autre, la psychothérapie individuelle [Levine *et al.*, (1970)].

Avec les auteurs, nous voulons souligner ici que cette série d'études présente de nombreux problèmes méthodologiques. Aussi est-il difficile de proposer des conclusions définitives. Quoi qu'il en soit, certains résultats laissent entendre que la thérapie de groupe présenterait des avantages pour ces patients jugés comme étant les plus chroniques. C'est aussi l'avis de Test et Stein (1978b) qui ont analysé trois de ces mêmes études à l'exception de celle de Levine

et al., (1970). Toutefois ils précisent qu'il n'est pas très clair que les avantages observés soient reliés à la variable groupe uniquement.

D'après Klein (1980), le problème majeur des études rapportées à l'instant réside dans l'absence d'un groupe contrôle réel ne recevant aucune forme de traitement. Sans cette information, dit-il, il est impossible de dire qu'une technique est ou non efficace. Et d'ajouter : il est relativement facile d'établir une équivalence entre deux types d'intervention inutiles.

Avant de mettre un terme à cette partie sur ce qui est appelé « thérapie » individuelle ou de groupe, nous désirons souligner, avec Mosher & Keith (1980), qu'un traitement individuel fait à raison *de 15 à 30 minutes par mois ou deux fois par mois* ne peut prétendre être qualifié de psychothérapie. C'est pourtant sous cette appellation que l'on désigne cette forme de soutien offert dans la plupart des études présentées ici. De la même façon, les rencontres de groupe visant à encourager les patients à prendre leur médication de façon régulière ne peuvent être cliniquement reconnues comme psychothérapie de groupe.

3.3 Réadaptation

3.3.1 Économie de jetons

En 1972, Anthony *et al.* concluaient que les nouvelles techniques (économie de jetons et groupes non traditionnels), utilisées dans les hôpitaux et visant à faciliter la réadaptation des patients psychiatriques, pouvaient améliorer le comportement des patients à l'hôpital, mais n'influençaient guère l'adaptation sociale à l'extérieur des murs hospitaliers. Concernant l'utilisation de la technique économie de jetons, Greenblatt *et al.*, (1982) proposent une conclusion identique après avoir cité une étude [Kazdin, (1977)].

Dans leur article de 1978 et à la lumière de deux études plus récentes [Becker et Bayer, (1975) ; Jacobs et Trick, (1974)], Anthony *et al.* remettent en cause cette conclusion. Ils observent ici que, lorsque de telles techniques visent précisément à influencer le fonctionnement social à l'extérieur de l'hôpital, les résultats désirés sont obtenus. Soulignons cependant, avec toutes les réserves que cela suppose, que l'efficacité de ces méthodes est essentiellement évaluée en termes de diminution des taux de réhospitalisation. Aucune donnée n'est fournie sur le soi-disant meilleur fonctionnement social des sujets, si ce n'est qu'ils ne sont pas réhospitalisés.

3.3.2 Entraînement aux habiletés sociales

Voyons maintenant les résultats de synthèses plus récentes s'étant aussi intéressées à l'efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales.

Dans le cadre d'une revue de littérature, Marzellier (1978) évalue les effets sur la réadaptation d'un entraînement aux habiletés sociales offert à des patients psychiatriques hospitalisés. Certaines des recherches rapportées consistent en de simples études de cas. Pour des raisons de rigueur scientifique, ces études ne seront pas retenues ici.

Seront considérées, les études ayant comparé deux groupes de plusieurs sujets. Parmi celles-ci, Marzellier en retient trois. Il s'agit de celle de Goldsmith et McFall (1975) et de celles de Gutride, Goldstein et Hunter (1973, 1974).

Les principales conclusions tirées par Marzellier en regard des résultats de ces études sont: à court terme, l'entraînement aux habiletés sociales semble produire des améliorations au plan comportemental et un sentiment de mieux-être face aux interactions sociales en général. Cependant, cette technique paraît comporter plusieurs désavantages. Tout d'abord, les améliorations observées sont généralement peu durables et obtenues dans des domaines très peu variés. En outre, ils n'aident pas nécessairement les patients à mieux faire face à l'ensemble des situations de la vie quotidienne en dehors de l'hôpital. Enfin, cette approche est sans effet sur l'amélioration des symptômes cliniques et nous ignorons à quel(s) type(s) de patients elle serait le mieux susceptible de convenir.

Wallace *et al.*, (1980) font, pour leur part, une revue critique des recherches s'étant intéressées à l'entraînement aux habiletés sociales pour des patients schizophrènes. Ils présentent les résultats de cette technique selon le type de méthodologie utilisée par les chercheurs. Deux types de recherches ont été faites: celles qui évaluent l'efficacité de cette technique en utilisant un nombre très restreint de sujets (2 ou 3), et celles qui comparent l'efficacité entre deux méthodes d'entraînement et utilisent des groupes de plusieurs sujets.

Dans la première catégorie, onze études ont été retenues par les auteurs [Bellack *et al.*, (1976); Edelstein & Eisler, *et al.*, (1976); Eisler *et al.*, (1974); Foy *et al.*, (1975); Fredericksen *et al.*, (1976); Hersen & Bellack, *et al.*, (1976a); Hersen *et al.*, (1975); Williams *et*

al., (1977); Matson & Stephens, (1978); Liberman *et al.*, (1978); Keing *et al.*, (1977)].

Dans l'ensemble, ces études ont montré que l'entraînement aux habiletés sociales est efficace pour modifier certains comportements chez les patients psychiatriques chroniques. De fait, il est possible de faire se développer des comportements appropriés et d'éliminer ceux jugés inappropriés sur le plan des relations interpersonnelles. En outre, bon nombre d'études affirment que les gains de l'entraînement peuvent être maintenus jusqu'à six mois après cessation du traitement. Notons toutefois que le maintien de ces gains peut être imputable à la poursuite de certains autres services. À ce sujet, quelques études rapportent une diminution des acquis quelque temps après la fin du traitement.

Les études, ayant évalué les effets de l'entraînement aux habiletés sociales en comparant les résultats obtenus par divers groupes de sujets (études de la deuxième catégorie) sont, d'après Wallace *et al.*, (1980), difficiles à résumer en raison de l'hétérogénéité et des méthodes d'entraînement et des variables dépendantes utilisées. Néanmoins, certaines tendances peuvent être relevées.

La plupart des études, ayant mesuré les sentiments d'inconfort ou de compétence dans les situations interpersonnelles, ont observé des améliorations après l'entraînement [Argyle, Trower & Bryant, (1976); Falloon *et al.*, (1977); Finch et Wallace, (1977); Goldsmith et Mc Fall, (1975); Monti *et al.*, (1979); Percell, Berwick et Beigel, (1974)]. Seule la recherche de Weinman *et al.*, (1972); propose une absence d'amélioration significative au niveau de l'anxiété interpersonnelle. Par ailleurs, d'autres études signalent que leur technique produit des améliorations limitées: seules quelques-unes des habiletés visées s'améliorent ou encore ne changent pas du tout [Goldstein & Hunter, (1973); Lomont *et al.*, (1969)].

Dans un autre ordre d'idées, certaines études se sont attachées à évaluer l'un et/ou l'autre des éléments suivants: a) la durée des effets de l'entraînement, b) l'efficacité comparative entre un entraînement aux habiletés sociales et d'autres formes de conditionnement et c) la présence ou l'absence de généralisation des habiletés acquises (Wallace *et al.*, (1980) ont retenu huit études de ce type) [Field & Test, (1975); Finch & Wallace, (1977); Goldsmith & Mc Fall, (1975); Goldstein *et al.*, (1973); Hersen, Eisler & Miller, (1974); Hersen *et al.*, (1973); Longin & Rooney, (1975); Monti *et al.*, (1979)].

Concernant les résultats obtenus sur la durée des effets de l'entraînement aux habiletés sociales, ils sont déclarés positifs dans la majorité des cas. Cependant, certains doutes peuvent être émis quant à la validité de cette affirmation. En effet, si trois études soutiennent que les améliorations obtenues se maintiennent encore 24 mois après la fin du traitement, quatre autres recherches révèlent que des progrès équivalents apparaissent qu'il y ait ou non entraînement. On pense que les améliorations notées peuvent être attribuables au fait que certains patients auraient reçu des soins une fois le traitement terminé.

Quant à savoir si l'entraînement aux habiletés sociales est plus efficace qu'une autre technique behavioriste, il y a, là aussi, contradiction.

Alors qu'une étude rapporte une amélioration similaire quelle que soit la technique utilisée, une autre signale une absence de progrès dans toutes les conditions expérimentales.

Enfin, une dernière étude [Hersen, Eisler & Miller, (1974)] ne constate aucune généralisation des comportements appris.

Résumé

À noter que toutes les études analysées par Wallace *et al.*, (1980) présentent des défauts méthodologiques importants. D'ailleurs, ces auteurs ne manquent pas de les souligner.

Parmi les plus importants, mentionnons le manque de rigueur diagnostique et/ou l'absence de diagnostic; viennent ensuite l'absence de contrôle sur la variable ingestion ou non d'une médication et son dosage, de même que les différences au niveau des techniques d'entraînement utilisées. Si ces variations peuvent expliquer certains résultats contradictoires, elles nous empêchent aussi de tirer des conclusions *très précises* sur l'efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales.

Cependant, il ressort d'une dizaine d'études analysées que l'entraînement aux habiletés sociales peut produire des améliorations dans le secteur où on effectue l'intervention, que les améliorations sont maintenues pendant une durée variable, et qu'il y a rarement — s'il y a — généralisation des comportements appris.

3.3.3 Entraînement au travail

Dans le cadre d'un bilan portant sur la réadaptation des patients psychiatriques, Anthony *et al.*, (1972) évaluent l'influence de l'entraînement au travail sur l'obtention ou le maintien ultérieur d'un emploi et sur la prévention de nouvelles hospitalisations.

Les principaux résultats de cette synthèse se lisent comme suit. Deux études [Kunce, (1970); Walker *et al.*, (1969)] révèlent que l'entraînement au travail influence très peu la possibilité de trouver ou de conserver un emploi après un séjour en hôpital, la proportion d'ex-patients employés étant sensiblement la même qu'ils aient ou non reçu l'initiation. Les résultats d'une troisième étude [Walker, Mc Court, (1965)] vont également dans ce sens. Par ailleurs, bon nombre de recherches citées par Anthony *et al.*, (1972) suggèrent un taux d'emploi nettement supérieur à la suite d'un entraînement au travail [Cheney, Kish, (1970); Hoffixan, (1965)]. Toutefois, Anthony *et al.*, jugent ces études invalides, les résultats rapportés n'incluant que ceux obtenus par les patients ayant suivi le traitement jusqu'à la fin ou encore des résultats obtenus après un second essai thérapeutique. Bref, suite à l'analyse de ces études et à la lumière des résultats d'une autre recherche [Barbee *et al.*, (1969)] les auteurs concluent que l'entraînement au travail, comme seule technique thérapeutique, n'accroît pas la probabilité de demeurer dans la communauté ou d'obtenir un emploi.

Stein & Test (1980) offraient de l'aide pour trouver un emploi à l'intérieur d'un système intégré de service. Après 14 mois de traitement, les sujets du groupe expérimental avaient passé significativement plus de temps dans des emplois protégés et moins de temps sans emploi (22 à 28 pour cent de leur temps d'emploi). Aucune différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle n'a été trouvée quant à la quantité de temps passé dans un emploi compétitif.

Toutefois, les sujets du groupe expérimental gagnaient significativement plus d'argent. Après 16 mois de relance, toutes ces différences significatives ont disparu sauf au niveau de la quantité d'argent gagné dans un emploi compétitif.

Les auteurs concluent donc que pour que les gains au niveau du fonctionnement vocationnel demeurent à long terme il faut que le support communautaire soit continu. Un autre système de services communautaires, la « Lodge Society » de Fairweather, rapporte qu'après quatre ans ses membres ont un taux d'emploi beaucoup plus élevé qu'un groupe contrôle. Ce résultat s'explique par le fait

que Fairweather *et al.*, (1969) ont créé des emplois pour leurs clients et ont fourni un entraînement intensif et beaucoup de supervision à ce niveau.

Fountain House à New York, un centre de réadaptation pour patients psychiatriques offre un « Prevocational Day Program » et un « Transitional Employment Program ». Malheureusement, un follow-up de neuf ans de leur clientèle [Beard *et al.*, (1978)] ne contient pas de données sur le fonctionnement occupationnel des sujets. Il en va de même pour Goldberg *et al.*, (1977) qui ont évalué l'impact d'une intervention du travail social accompagnée d'un entraînement au travail sans mesurer le fonctionnement au travail des patients[1].

3.3.4 Hébergement protégé et programmes d'entraînement à la vie quotidienne

Cinq principaux articles synthèses traitent de l'efficacité des différentes mesures transitoires utilisées pour assurer un suivi auprès d'anciens patients psychiatriques. Il s'agit de ceux de Anthony *et al.*, (1972, 1978), de Carpenter (1978), de Cometa *et al.*, (1975) et de Test (1981).

Les maisons de transition

Carpenter (1978) définit une maison de transition comme une « résidence non médicale, sise dans la communauté et destinée à recevoir un certain nombre de patients ». Son but: aider les ex-patients à participer le plus possible à la vie communautaire, dans l'espoir qu'ils parviendront un jour prochain à vivre seuls dans un environnement de plus en plus normal. Généralement utilisée pour les patients à leur sortie de l'hôpital, la maison de transition peut aussi servir d'alternative à l'hospitalisation [Mosher, Menn et Mathews, (1975)] ou encore de placement permanent [Cannon, (1975)].

Au sujet de l'efficacité de ces maisons de transition, Carpenter (1978) rapporte ceci. De façon générale, les maisons de transition sont décrites comme produisant des effets favorables sur la réadaptation des patients psychiatriques. Une d'entre elles aurait même obtenu un succès remarquable [Gill, (1967)]. Une autre, cependant, aurait échoué avec une population masculine, une fois que le leader

1 Note : Bertram J. Balck (1970) fait toute une revue de la littérature sur l'entraînement au travail aux U.S.A. et en Europe. Malheureusement, elle nous est parvenue trop tard pour que nous puissions l'analyser dans le présent rapport.

ait dû partir [Landy, (1960b)]. Notons ici que, à l'intérieur de cette maison, plusieurs hommes présentaient des comportements dits sociopathiques.

De façon plus spécifique, les études retenues par Carpenter (1978) ont évalué l'efficacité des maisons de transition en regard des variables suivantes: nombre de jours passés dans la communauté, taux de réhospitalisation, degré de fonctionnement au travail et au niveau social.

Voici les principaux résultats de ces études. Dans une revue récente de la littérature, Rog et Rausk (1975) donnent des figures médianes pour 26 maisons de transition. Ils montrent que 55,2 % des anciens résidents travaillent ou étudient, 58,2 % vivent de manière indépendante dans la communauté et que 20,5 % de ces ex-résidents ont dû être réhospitalisés. Globalement, 79,5 % des anciens résidents, ayant fréquenté une maison de transition, ont pu s'adapter à la vie dans la communauté.

Se référant à cette même synthèse, Cometa *et al.*, (1979) soulignent ceci: Rog et Rausk trouvent encourageant le faible taux de réhospitalisation de 20,5 % rencontré dans les maisons de transition. Cependant, d'après Cometa *et al.*, ces résultats soulèvent certaines réserves. De fait, le plus souvent ces résultats nous sont fournis soit par les hôpitaux, soit par les maisons de transition. De l'avis de ces auteurs, de telles données ne tiennent pas du tout compte du fait que certains patients peuvent avoir réclamé des services supplémentaires ailleurs. Et d'ajouter qu'une autre étude [Reitman, (1971)] ne révèle aucune différence entre les taux de réadmission d'un groupe de patients référés directement dans la communauté après un séjour en hôpital et ceux d'un groupe ayant résidé dans une maison de transition durant 18 mois.

Certaines autres études rapportées par Carpenter (1978) indiquent également un succès très peu spectaculaire. Ainsi Lamb et Goertzel (1972) constatent des améliorations, en faveur des maisons de transition, au niveau social et dans le fonctionnement au travail, mais non dans la capacité à réduire ou à prévenir de nouvelles hospitalisations. Différemment, Bowen et Fry (1971), eux, font remarquer que si leurs services transitoires réduisent le nombre des futures admissions, ils n'aident pas leurs anciens résidents à trouver un emploi.

Dans cette même direction, Anthony *et al.*, (1972) concluent, suite à une synthèse critique de la littérature, que les maisons de transition semblent efficaces pour réduire les taux de réhospitalisa-

tion, mais qu'elles n'aident pas non plus les résidents à obtenir ni à conserver un emploi. Les auteurs en arrivent à cette conclusion après avoir évalué cette série d'études [Lamb et Goertzel, (1971); Wilder *et al.*, (1968); Beard *et al.*, (1963); Vitale et Steinback, (1965), Fairweather *et al.*, (1969)].

Aucune étude récente ne semble contredire cette dernière conclusion [Anthony *et al.*, (1978)]. Cependant, ces auteurs trouvent intéressant de noter que le nombre de récidives est fonction du nombre de contacts établis avec ces ressources transitoires. Ainsi 10 contacts ou moins entraînent une plus grande probabilité de réhospitalisation que 50 et plus.

Dans un autre ordre d'idées, Cometa *et al.*, (1975) ont revu une centaine d'études couvrant les années 1968-1977. Ces recherches évaluent l'efficacité des maisons de transition en regard a) de la durée moyenne de séjour, b) des structures et de la philosophie qui les gouvernent, c) du type de programme qu'elles offrent et d) l'adaptation sociale ultérieure.

Soulignons ici que cette synthèse s'inspire de trois principales revues de la littérature portant sur les maisons de transition [Apte, (1968); Rausk & Rausk, (1968); Rog & Rausk, (1975)].

De cette synthèse, les points suivants se dégagent. Dans les maisons de transition, la durée moyenne d'un séjour est d'environ 6 mois. Cependant, de souligner Cometa *et al.*, cette mesure est peu fiable car a) on ignore l'écart-type, b) on confond souvent les patients ayant complété et abandonné le traitement, c) on ne tient pas compte du fait que plusieurs résidents demeurent en contact d'une manière formelle ou informelle avec le personnel de la maison.

Quatre études, intéressées aux structures et à la philosophie qui gouvernent les différentes maisons de transition, appuient l'idée suivante: l'adaptation ultérieure des patients dans la communauté est meilleure lorsque les maisons de transition n'ont pas de structures formelles et qu'elles visent à favoriser l'accès à l'autonomie chez les clients [Apte, (1968); Lamb & Goertzel, (1971); Segal, (1971); Wilder et Galdber, (1971)]. Toutefois, il semble y avoir des raisons de croire que très peu d'entre elles encouragent les résidents à devenir autonomes [Janser, (1970); Apte, (1968)].

Quant au type de programmes offerts dans les maisons de transition, très peu, semble-t-il, mettent l'accent sur l'entraînement au travail. D'après la revue de Apte (1968), seulement 12 % des maisons de transition évaluées offraient un quelconque programme d'initiation au travail.

En résumé, Anthony *et al.*, (1978) pensent que, même s'il est impossible de tirer des conclusions fermes, les maisons de transition entraînent une réduction des récidives tant et aussi longtemps que les patients bénéficient de ces résidences. Carpenter (1978) trouve, pour sa part, moins coûteux de traiter les patients psychiatriques dans la communauté (plutôt qu'à l'hôpital). En outre, écrit-elle, les patients préfèrent cette approche. Enfin, d'après Cometa *et al.*, (1979), l'importance des maisons de transition, dans la réadaptation des patients psychiatriques, a une valeur limitée et discutable. Les résultats rapportés ici portent ces auteurs à remettre en cause la capacité de ces mesures à prévenir de nouvelles hospitalisations et à favoriser une meilleure adaptation au niveau social en général, de même qu'au niveau de l'emploi.

Les appartements coopératifs

Dans leur article, Goldmeier *et al.*, (1977) disent évaluer l'efficacité des programmes offerts aux anciens patients psychiatriques dans des appartements dits coopératifs. En réalité, cette étude est beaucoup plus descriptive qu'évaluatrice. Les rares résultats qui y sont rapportés laissent entendre, ainsi que le concluent ces auteurs, que des programmes offerts dans ce type de mesure alternative constituent une formule viable. Faute de résultats, il nous est également difficile d'élaborer davantage. Soulignons toutefois que l'on retrouve dans cet article une assez bonne description des différentes modalités pouvant être offertes dans des appartements.

Les familles d'accueil

Braun (1981) rapporte une seule étude, celle de Linn *et al.*, (1977), s'intéressant à l'évaluation de familles d'accueil. Il s'agit de 572 patients chroniques hospitalisés dans cinq hôpitaux pour vétérans et assignés au hasard à l'hébergement en familles d'accueil ou à une hospitalisation continue. Malgré les résultats positifs rapportés après une période de 4 mois, il faut accueillir ces résultats avec réserve à cause des différences significatives dans les caractéristiques des patients du groupe expérimental et celles du groupe contrôle. En effet, un nombre important du groupe expérimental a dû être exclu après détérioration de leur condition psychiatrique.

Le groupe en famille d'accueil au départ consistait en patients ayant moins d'hospitalisations et un taux de prévalence d'alcoolisme et de syndrome organique plus bas que le groupe contrôle. Il différait aussi de ce groupe de façon significative sur une mesure de potentiel pour vivre dans la communauté.

Commentaires

Une résidence protégée comme milieu de vie transitoire ou permanent est une ressource appropriée pour certains patients psychiatriques. Cependant il ne ressort pas clairement de la littérature recensée pour quels types de patients c'est le plus approprié et comment une telle ressource peut être utilisée de façon économique en comparaison avec l'hospitalisation.

Il est clair cependant que le lieu de résidence a peu de valeur thérapeutique en soi mais devient important lorsque combiné à une série d'interventions dans d'autres domaines. Un milieu résidentiel ne fournissant pas la stimulation nécessaire pour favoriser l'accès à l'autonomie demeure stérile[1].

En guise de conclusion sur la réadaptation fonctionnelle

Si l'on veut un résultat dans un des secteurs sus-mentionnés il semble qu'il faille une aide directe et intensive dans le secteur visé pour obtenir des résultats et que les résultats ne sont acquis que pour une période limitée de temps si l'intervention n'est pas maintenue.

3.4 Support social et intervention de réseaux

D'après un certain nombre d'auteurs, la réadaptation du malade psychiatrique et, en particulier, celle du schizophrène, devrait consister à faire se développer, s'accroître et/ou se maintenir le réseau social souvent trop restreint du patient qui a tendance à s'isoler [voir revues de Beels, (1978, 1981); et de Greenblatt *et al.*, (1982)].

Selon Greenblatt *et al.*, (1982), deux expériences majeures [Halmon & Share, (1978); Fairweather *et al.*, (1969)] témoignent de la nécessité d'un réseau de support social pour éviter de nouvelles hospitalisations, l'absence d'un tel réseau pouvant, à leur avis, expliquer les récidives de certains patients. Inversement, l'expérience de Thien (1978) illustre que, lorsque des patients psychiatriques sont logés dans des appartements par groupes de 4 à 6, ils se comportent mieux socialement que ceux confiés à d'autres types de ressources; cela, ainsi qu'en témoignent des données recueillies lors d'une relance effectuée dix ans après la fin du traitement. De même, se référant à d'autres études [Stein & Test, (1976); Kirby, (1976)] Greenblatt *et al.*, (1982) essaient d'expliquer la réussite des programmes offerts en termes d'augmentation du réseau social chez les patients.

1 cf. Murphy (1972)

De façon similaire, Beels (1978, 1981) retrace, dans ses articles, certaines études ayant essayé d'appliquer le nouveau concept de réseau social aux expériences faites dans les maisons de transition. Plus spécifiquement, l'auteur tente, à la lumière de trois études [Budson & Jolley, (1978); Beard, Malamud — Rossman, (1963); Fairweather *et al.*, (1969)], de démontrer combien les maisons de transition sont utiles pour faire s'accroître le réseau social de l'ex-patient psychiatrique et, ainsi, l'aider à résoudre ses difficultés relationnelles.

Il importe de souligner ici que, si les progrès observés peuvent éventuellement s'expliquer en termes d'accroissement du réseau social, les auteurs à l'origine de ces programmes n'ont, en aucun temps, prétendu viser de telles fins. C'est donc dire que les résultats présentés ici doivent être considérés comme de simples hypothèses. C'est pourquoi nous en parlerons plus longuement au chapitre 4 (Études descriptives), les études évaluatrices étant à toutes fins pratiques inexistantes.

Interventions de réseau

Le même commentaire s'applique aux interventions de réseau telles que revues par Beels (1978), Hammer *et al.*, (1978) et Budson (1978).

Chapitre 4

Revue des recherches descriptives et prédictives de résultat[1]

Jenicek et Cléroux (1983) définissent deux objectifs possibles à l'appui de la réalisation d'une étude descriptive. On peut chercher à dresser le portrait d'une maladie ou d'un phénomène de santé afin de mettre à jour une situation donnée. En second lieu, on peut avoir à étudier un phénomène de santé dont l'étiologie est méconnue; alors l'étude descriptive est génératrice d'hypothèses et conduit éventuellement à des études analytiques. C'est dans cette double perspective qu'il nous est apparu pertinent d'inclure ce type de recherches dans ce rapport. Selon le premier objectif des études descriptives, la description d'une maladie ou d'un phénomène de santé permettra d'établir certains critères afin de vérifier si les études analytiques ont considéré tous les facteurs relatifs au phénomène étudié. Dans le cadre du second objectif des études descriptives, ces dernières peuvent générer des hypothèses explicatives. Cet élément nous apparaît pertinent puisque éventuellement la formulation d'hypothèses pourrait permettre de réduire l'écart entre l'information souhaitable afin d'élaborer une politique de santé mentale et l'information disponible après une revue de la littérature.

Sous ce chapitre nous nous sommes intéressés à retracer le cheminement du patient psychiatrique, de sa première admission jusqu'à la réinsertion sociale. Pour ce faire nous avons relevé les études descriptives qui identifiaient: les facteurs liés à la première admission à l'hôpital psychiatrique; les facteurs qui influencent l'orientation du patient vers un mode d'intervention plutôt qu'un autre; les facteurs liés à la réadmission des patients psychiatriques; et l'identification des caractéristiques des patients psychiatriques, de même que le lien entre leurs besoins et les services dispensés.

Nous ne prétendons pas ici faire un relevé exhaustif de la littérature comme dans le cas des études analytiques. L'approfondissement de ce type de recherche ferait à lui seul l'objet d'un travail

1 Ce chapitre a été rédigé par M. Jean Toupin, étudiant au doctorat en Santé communautaire à l'Université de Montréal.

important. Toutefois, l'ajout de ces quelques recherches nous semble contribuer à la qualité de ce rapport.

4.1 Les facteurs liés à la première admission

Stack (1975) a analysé un certain nombre de facteurs liés à l'admission de sujets en milieu psychiatrique. Les sujets considérés dans l'étude étaient ceux admis pour une première hospitalisation. Selon cette étude, trois facteurs socio-démographiques sont reliés à une première hospitalisation en milieu psychiatrique. Le statut socio-économique ou le statut de ne pas être intégré à une famille ou encore l'instabilité résidentielle étaient présents chez 46 % des sujets qui étaient admis pour la première fois à l'hôpital psychiatrique. Ceci indique que certains facteurs socio-démographiques semblent caractériser la population admise pour une première fois en milieu psychiatrique. Il n'est pas possible d'affirmer si ce portrait socio-démographique est antérieur ou conséquent à la maladie. On ne peut que souligner que des variables cliniques et *socio-démographiques* décrivent les sujets qui en sont à leur première admission psychiatrique.

4.2 Les facteurs qui influencent l'orientation du patient vers un mode d'intervention plutôt qu'un autre

Ebringer *et al.*, (1980) ont réalisé une recherche en Angleterre où ils ont comparé deux échantillons de bénéficiaires, l'un admis à l'interne d'un hôpital psychiatrique pour un court séjour, l'autre admis à l'externe, dans un centre de jour. Il ressort, de la comparaison des deux échantillons, des différences quant au statut civil, à la durée de séjour, au nombre d'admissions préalables dans l'hôpital, à la stabilité du lieu de résidence... Les auteurs retrouvent les différences importantes entre les deux échantillons au niveau du degré de dislocation sociale exprimé (dont les changements d'adresse rendent compte). Il semble que les patients ayant des problèmes sociaux en plus de problèmes psychiatriques tendent à demeurer plus longtemps à l'hôpital. En terminant, Ebringer *et al.*, (1980) identifient les caractéristiques des patients qui offrent le plus de barrières au placement : ceux qui ont un handicap physique combiné à une maladie psychiatrique, ceux qui refusent de partir de l'hôpital, ceux qui fréquemment manifestent des crises et ceux qui ont une histoire de violence. Ces constatations nous permettent, bien sûr, de dire qu'on peut difficilement faire une moyenne de l'ensemble des caractéristiques d'un groupe de patients. Il ressort des recherches de Ebringer *et al.*, (1980) que le mode de traitement (à l'interne vs

en centre de jour) n'est pas nécessairement le même, selon les caractéristiques cliniques (nombre d'admissions préalables, durée de séjour...) et sociales (statut civil, stabilité du lieu de résidence...). En outre, à la suite du traitement, les auteurs relèvent des variables cliniques et personnelles qui limitent la réinsertion sociale. Il est aussi probable que les éléments de dislocation sociale (isolement social, absence de support, instabilité résidentielle) qui prévalaient lors de l'entrée à l'hôpital continuent au moment de la planification du congé à poser d'importants problèmes. Bref, on ne peut analyser la condition des patients psychiatriques sans adopter une certaine perspective longitudinale. Les sujets qui sont admis pour un traitement psychiatrique possèdent certaines caractéristiques psychosociales et socio-démographiques qui influencent le mode de prise en charge et qui conditionnent la réinsertion sociale.

4.3 Les facteurs liés à la réadmission des patients psychiatriques

C'est sous cette rubrique que l'on retrouve le plus grand nombre de recherches. Cette abondance n'est certes pas étrangère au courant de la désinstitutionnalisation aux États-Unis.

Selon Craig et Kline (1982) il faut, pour évaluer les facteurs liés à la réadmission, considérer deux catégories de facteurs : ceux reliés à la pré-hospitalisation et à l'hospitalisation, ainsi que ceux reliés à la post-hospitalisation. Parmi les facteurs préalables à l'hospitalisation et ceux liés à l'hospitalisation, ces auteurs identifient des facteurs cliniques (nombre et longueur des hospitalisations, type d'unités de traitement, durée de l'hospitalisation) et des facteurs socio-démographiques (de sexe masculin, statut de célibataire, absence de support social avant l'admission, bénéficiaire de prestations du bien-être social). Parmi les facteurs post-hospitalisation, Craig et Kline (1982) relèvent des facteurs liés à l'intervention : médication et soins postcure. Cette étude et celles que nous avons précédemment mentionnées replacent l'intervention dans une perspective plus globale. L'intervention a lieu à un point donné dans le temps mais s'inscrit dans un contexte social, démographique et clinique antérieur au traitement, et qui continue à prévaloir en partie ou en totalité à la suite de l'intervention, d'où influence probable sur la réadmission.

Anthony *et al.*, (1978) font une revue des recherches qui ont porté d'une part sur les caractéristiques démographiques et cliniques liées à l'efficacité de l'intervention, et d'autre part, sur la validité

prédictive des évaluations du patient selon qu'elles sont faites par le patient lui-même, par des proches ou par des professionnels. Les travaux de Anthony *et al.*, (1978) se définissent dans la catégorie des études analytiques, parce que les recherches dont ils s'inspirent visent à établir un lien causal entre certaines variables (caractéristiques du patient et responsable de l'évaluation du patient) et un résultat (la réadmission, l'emploi). Il ne s'agit pas cependant d'études analytiques classiques, puisque plutôt que de rechercher l'effet (le résultat) d'un agent causal (l'intervention), on tente plutôt de prédire un effet sur la base d'une exploration de diverses variables.

Buell, Anthony (1976) et Anthony (sous presse) cités par Anthony *et al.*, (1978) ont relevé dans la littérature les recherches s'intéressant au lien entre des caractéristiques démographiques et cliniques (âge, sexe, race, niveau d'éducation, statut civil, nombre d'hospitalisations préalables, durée des hospitalisations précédentes, l'histoire vacationnelle et le niveau occupationnel) et les résultats de l'intervention.

Selon Anthony *et al.*, (1978) les résultats les plus consistants sont les suivants:

- le meilleur prédicteur de la réhospitalisation est le nombre d'hospitalisations préalables [Anthony, Buell, (1974); Arthur *et al.*, (1968); Lorei, Gurel, (1973); Miller, Willer, (1976); Rosenblatt, Mayer, (1974)[.
- le meilleur prédicteur de l'emploi est l'histoire de travail [Anthony, Buell, (1974); Buell, Anthony, (1973); Green *et al.*, (1968); Hall *et al.*, (1966); Lorei, (1967); Lorei, Gurel, (1973); Olshosky, (1960)].
- le diagnostic psychiatrique du patient n'est pas relié à la récidivité [Anthony, Buell, (1974); Buell, Anthony, (1973); Cumming, Markson, (1975); Freeman, Simmons, (1963); Franklin *et al.*, (1975); Hawk *et al.*, (1975); Lorei, (1967); Lorei, Gurel, (1973); Rosenblatt, Mayer, (1974); Wessler, Iven, (1970)].

Lorsque ces mêmes auteurs [e.g. Anthony *et al.*, (1978)] analysent la littérature qui porte sur le lien entre *les évaluations du patient* et la récidivité et l'emploi, ils concluent que la capacité à prédire ces variables dépend de qui effectue l'évaluation du patient (professionnels, proches ou le patient lui-même).

Dans l'ensemble les études de la catégorie où les professionnels font l'évaluation on retrouve une relation entre l'évaluation des professionnels et l'emploi post-hospitalier [Distefano, Pryer, (1970); Ethridge, (1968); Green *et al.*, (1968); Gurel, Lorei, (1972); Sturm,

Lipton, (1967); Wilson *et al.*, (1969)] mais pas avec la récidivité [Gurel, Lorei, (1972); Lewinsohn, (1967); Marks *et al.*, (1963); Rosenblatt, Mayer, (1974); Williams, Walker, (1961)]. L'obtention d'un emploi suite à l'hospitalisation est reliée à l'efficacité sociale et aux habiletés de travail, mais peu aux symptômes psychiatriques. La récidivité ne semble pas discernable par les professionnels.

Les évaluations du patient, peu après le congé de l'hôpital, *effectuées par des proches* sont reliées à la récidivité, mais pas à l'emploi [Freeman, Simmons, (1963); Michaux *et al.*, (1969)]. Les évaluations furent centrées sur les symptômes du patient et sur la satisfaction des proches eu égard aux activités et aux temps libres du patient. Parallèlement Cumming, Markson (1975) ont retrouvé une corrélation entre les plaintes des proches quant à l'habileté du patient à prendre soin de lui et quant aux attentes de la communauté. Finalement Carpenter, Bourestorm (1976) rapportent une relation entre les attentes des proches significatifs et la réhospitalisation des patients.

Les auto-évaluations réalisées par les patients prédisent la récidivité. Les recherches rapportent que les patients qui récidivent s'auto-évaluent plus insatisfaits de leur performance dans les activités sociales [Michaux *et al.*, (1969)], et dans les relations interpersonnelles et s'engagent dans moins d'activités sociales et de loisir. Miller, Willer (1976) soulignent que les patients qui n'ont pas récidivé se caractérisent par une auto-évaluation plus élevée sur les facteurs sociaux.

Ce corps de littérature peut nous permettre de mettre en doute la validité de l'évaluation des patients réalisée par les professionnels. Si l'évaluation des professionnels n'offre pas de garanties quant à la prédiction de la récidivité, on est en droit de se demander si l'évaluation qui mène à une admission en traitement est pour sa part valide.

Gruber (1982) a examiné la contribution de sept variables reconnues dans la littérature comme corrélées à la récidivité. Il a considéré la classe sociale (quatre catégories), le sexe, l'âge, la sévérité du désordre psychiatrique (cinq catégories), le nombre d'admissions psychiatriques préalables, la durée moyenne des hospitalisations précédentes et le nombre de personnes à charge. Ces variables ont été considérées en relation avec la récidivité et la durée moyenne de séjour à l'hôpital. Gruber (1982) divise ces variables en deux catégories: les variables « sentier » (pathway) et les variables « portière »

(gate keeper). Les femmes, les patients âgés, les gens de classe sociale inférieure ou ceux ayant peu de personnes à charge ont de hauts taux de réadmission. Il semble que les patients ayant un statut social ou économique moindre sont réadmis plus souvent à l'hôpital, bien que cela n'affecte pas leur durée de séjour. Les variables « sentier » affectent la récidivité, alors que les variables « portière » affectent la durée de séjour. En fait les variables « sentier » expliquent 52 % de la variance liée à la récidivité et 14 % de la variance de la durée de séjour.

Les variables « portière » (nombre d'admissions précédentes, durée de l'hospitalisation, sévérité de la maladie) expliquent 48 % de la variance de la récidivité et 86 % de la durée de séjour. La variable qui influence le plus la durée de séjour est la sévérité des problèmes du patient. Et finalement, la récidivité et la durée de séjour semblent inversement proportionnelles: les patients ayant un haut taux de réadmission tendent à avoir une durée de séjour courte.

Les résultats obtenus par Gruber (1982) ne sont pas simples à interpréter. On peut toutefois signaler que dans la foulée des études précédentes, la réadmission à l'hôpital n'apparaît pas strictement liée au statut clinique du patient. Des variables sociales comme le nombre de personnes à charge, l'âge, le sexe et la classe sociale semblent « prédire » plus de 50 % des réadmissions. Par ailleurs si ces variables influencent, semble-t-il, le retour à l'hôpital, elles ont un impact plutôt faible sur la durée de séjour, la condition clinique du patient étant le facteur le plus important pour affecter cette dernière. L'ensemble des études Craig, Kline (1982), Anthony *et al.*, (1978), Gruber (1982) resituent la réhospitalisation dans une perspective plus globale. La réadmission en milieu psychiatrique est issue d'un jugement porté par un ou plusieurs professionnels; et le jugement professionnel n'est pas uniquement basé sur la « maladie ». Ce qui amènera un patient à se présenter pour une réadmission est non seulement la prise de conscience de certaines difficultés mais aussi des problèmes financiers, sociaux et les pressions qui seront exercées par l'entourage. Dans la mesure où cet individu n'a pas de rôle social important par exemple (ne subvient pas aux besoins de sa famille...) on hésitera beaucoup moins à ce qu'il soit réhospitalisé. Ces facteurs influenceront non seulement le patient et ses proches, qui demandent, mais également les professionnels qui jugeront du bien-fondé d'une réadmission. En outre, les facteurs plus traditionnels qui influencent l'hospitalisation, comme le nombre de lits disponibles, seront aussi contributifs à la décision d'hospitaliser. Cepen-

dant, une fois hospitalisé, d'autres variables deviendront déterminantes quant à la durée de séjour (nombre d'admissions précédentes, durée de l'hospitalisation précédente et sévérité de la condition clinique du patient) selon Gruber (1982).

Ces travaux offrent des pistes fructueuses pour l'élaboration des programmes de réadaptation et l'évaluation de leur efficacité. Sans se poser de façon théorique la question de savoir si c'est la présence d'un certain nombre de variables sociales qui *causent* la réadmission ou si ces variables sont des *conséquences* de la maladie, il est clair qu'un programme de réadaptation devra tenir compte à la fois de variables *cliniques* et *sociales* lors de l'intervention. Il découle des recherches que la réadmission à l'hôpital n'est pas un indicateur purement clinique. Ce dernier est également soumis aux pressions de variables sociales et éventuellement d'une validité interne et externe qui n'est pas démontrée. Le jugement de réadmettre peut être sujet aux mêmes faiblesses que le jugement professionnel qui ne parvient pas à prédire le retour à l'hôpital. En outre, rien n'indique que les critères de réadmissions soient les mêmes d'un professionnel à l'autre, d'un lieu d'intervention à l'autre et d'une recherche à l'autre. Nous avons donc défini deux catégories de variables qui sont liées à la réadmission, qui peuvent être contestées sur la base d'une validation insuffisante de l'indice « réadmission » comme variable de résultat. Sans pouvoir contester cet argument sur une base scientifique, nombreux sont les auteurs qui ont souligné que malgré cet argument une homogénéité remarquable des résultats de diverses recherches offre une certaine garantie de validité. Incapables de juger véritablement de la décision la plus juste, nous poursuivons notre analyse des divers travaux portant sur les variables liées à la réadmission.

La suite des études qui seront décrites portent sur l'influence des variables « sociales » sur la réadmission. Nous avons privilégié l'exploration de cette catégorie de variables plutôt que les variables cliniques car ces dernières ont largement été mises en évidence comme objet premier d'investigation, alors que ce n'est que relativement récemment que l'examen de variables moins traditionnelles a été réalisé.

Les travaux effectués par Lewis, Hugi (1981) offrent certaines hypothèses reliées aux variables sociales significatives rencontrées chez les patients psychiatriques. Les auteurs de cette recherche ont utilisé un échantillon limité (18 sujets) et ont eu recours à une entrevue en profondeur afin de cerner les facteurs qui suscitent une

utilisation récurrente des services. Les caractéristiques les plus importantes qui ressortent des entrevues sont l'absence de travail (tous les sujets interviewés sauf deux sont sans travail) qui amène des problèmes financiers et organisationnels (trop grande abondance de temps libre), et l'isolement social (peu de liens familiaux et amicaux, parfois aucun, peu de support disponible, ou insatisfaction par rapport aux relations disponibles, ou insatisfaction par rapport aux relations disponibles) qui favorise peu la création de liens affectifs (la majorité vivent seuls) et s'accompagne d'une instabilité résidentielle. Lewis, Hugi (1981) soutiennent, à partir des témoignages recueillis, que *les stations thérapeutiques sont utilisées par les patients pour suppléer à leurs faibles revenus personnels, pour avoir des compagnons et pour s'échapper des pressions externes et des conflits*. Occasionnellement le traitement est même perçu comme un corrélat négatif, nécessaire pour séjourner dans la station thérapeutique. Les services offerts sont perçus comme partie intégrante de la communauté, plutôt que comme un moyen pour maintenir le patient dans la communauté. La station thérapeutique n'est pas perçue comme une ressource clinique mais une ressource sociale. Cette recherche, bien qu'elle offre peu de garanties quant à la représentativité de l'échantillon et quant à la rigueur du protocole d'investigation (aucun détail), peut fournir des pistes intéressantes de réflexion. Dans la même veine que les recherches précédemment analysées, l'impact de variables indirectement reliées à la maladie (aspect sociaux, démographiques, financiers) prend tout son sens. Non seulement ces variables sont potentiellement contributives à une première hospitalisation et influencent le traitement proposé, mais en outre elles sont susceptibles de favoriser la réadmission. D'autres recherches comme celle de Carpentier, Bouresto (1976) suggèrent que l'intrégration d'un patient dans un environnement strict ou dans un environnement tolérant amènera un taux de réadmission différent. Dans le cadre de leurs recherches, les environnements ayant une faible tolérance amenaient une réhospitalisation dans 34 % des cas dans l'année suivant le congé de l'hôpital, alors que les environnements ayant une haute tolérance amenaient une réhospitalisation dans 13 % des cas. Bref, il apparaît insuffisant d'envisager l'intervention comme une action strictement clinique: l'intervention sur diverses variables sociales semble essentielle.

Une recherche menée par Linn *et al.*, (1980) offre un autre exemple qui concrétise l'impact de variables autres que strictement cliniques. Les auteurs, sur la base d'un groupe de 210 patients reçus

dans 150 maisons d'accueil, ont comparé le fonctionnement social des patients selon les caractéristiques des familles d'accueil. Les maisons d'accueil furent décrites selon leur grosseur, composition, distance de l'hôpital, milieu rural/urbain, nombre de personnes partageant la chambre du patient. En outre, des échelles en cinq points mesuraient le degré de supervision, la tolérance du responsable dans la maison aux comportements déviants, le degré d'attente vis-à-vis de la performance du patient, la quantité d'activités fournies par la maison, le degré de supervision du personnel, le coût des soins, l'impression subjective de la qualité des soins. À partir de l'échelle de dysfonction sociale [Linn *et al.*, (1970)] les patients furent classés dans trois groupes: détérioré, amélioré, inchangé, puis on s'assura que les groupes de patients n'étaient pas significativement différents quant à l'âge, la durée d'hospitalisation, le statut civil, etc. Le parallèle effectué entre les caractéristiques des maisons d'accueil et le degré de dysfonction sociale a fait ressortir l'importance du nombre d'occupants dans la maison, du nombre de patients dans la maison et de la présence d'enfants à la maison. L'amélioration du patient est inversement proportionnelle au nombre d'occupants et de patients dans la maison, mais positivement corrélée à la présence d'enfants dans la maison. Bref, l'environnement social dans lequel se trouve le patient psychiatrique semble faire varier le taux de réadmission et cela en contrôlant l'effet des caractéristiques démographiques et cliniques puisque les groupes sont pairés sur ces variables.

Deux études synthèses étudient la relation entre les réseaux sociaux et la schizophrénie [Hammer *et al.*, (1978); Greenblatt *et al.*, (1982)]. Hammer *et al.*, (1978) définissent d'abord les caractéristiques générales des réseaux sociaux.

Grossièrement, on peut affirmer que ce sont les liens entre un ensemble d'individus. On distingue trois catégories de réseaux: personnels ou immédiats, les réseaux de deuxième ordre et les réseaux étendus. Dans le cadre de notre propos, il suffit de savoir que le réseau immédiat est généralement composé de six à dix personnes qui se connaissent intimement et le réseau de deuxième ordre de 25 à 50 personnes. En outre, non seulement la taille mais le nombre d'interrelations caractérisent le réseau social. Il apparaît que le degré d'interrelation dans un réseau social est en fonction de sa durée [Hammer, Schaffer, (1975)]. Dans le cadre des recherches qui ont étudié la communication, certains liens sont possibles avec les réseaux sociaux. Les variables réseau affectent la précision avec

laquelle est transmise l'information [Caplan, (1960)], l'efficacité dans la performance de tâches impliquant la communication [Bavelas, (1950); Hammer *et al.*, (1969)] et d'autres cognitives et linguistiques [Bornstein, (1971, 1973); Deutsch *et al.*, (1975); Gutwrith, (1973, 1974); Labov, (1972); Salzienger *et al.*, (1975)]. Le thème de la communication offre un intérêt particulier en raison de son rôle important chez les schizophrènes.

Peu de recherches ont été effectuées directement sur le réseau social du schizophrène. Hammer (1963, 1964) a observé que les patients schizophrènes, indépendamment de l'ethnicité et du sexe, étaient admis plus ou moins rapidement à l'hôpital suite à l'apparition des symptômes et maintenaient un contact variable avec leur réseau social durant l'hospitalisation, selon les variables qui caractérisent ce réseau. Il semble que les sujets schizophrènes ont un réseau plus petit qu'un groupe contrôle non psychotique [Pattisson *et al.*, (1975); Sokolovsky *et al.*, (1978)] et qu'il soit caractérisé par des relations moins symétriques [Sokolovsky *et al.*, (1978); Tolsdorf, (1976)]. En outre, il apparaît que des modifications du réseau des sujets schizophrènes sont associés à des changements de symptomatologie [Sokolovsky *et al.* (1978); Wing, (1978)]. Les ex-patients schizophrènes qui vivent avec leurs parents auraient de meilleures performances si les parents ont plus de contacts sociaux [Brown *et al.*, (1972)]. Finalement, les indicateurs des contacts sociaux, au niveau de leur structure, sont des variables prédictives du résultat chez les patients schizophrènes [Hawk *et al.*, (1975); Strauss, Carpenter, (1972, 1974); Gittelman-Klein, Klein, (1969)].

À la suite de ces études ayant trait à la schizophrénie, Hammer *et al.*, (1978) effectuent une revue sélective des recherches sur les variables liées à la schizophrénie. À partir de deux types d'études sur la schizophrénie, les enquêtes épidémiologiques et les études intensives, Hammer *et al.*, (1978) réinterprètent les aspects sociaux reliés à la psychopathologie à la lumière de la notion de réseau social. Dans le cadre des enquêtes épidémiologiques les facteurs suivants ont été identifiés comme reliés à la schizophrénie: la désintégration sociale [Leighton *et al.*, (1963)], le statut social de classe inférieure [Hollingshead, Redhish, (1958)], la marginalité ethnique [Murphy, (1959)], la migration [Malzberg, Lee, (1956)], la mobilité urbaine et la résidence urbaine. Hammer *et al.*, (1978) soutiennent que ces variables sont trop grossières et qu'il est préférable de considérer ce mécanisme sous-jacent à ces indicateurs, celui de rupture du réseau social. Dans un exposé très

convaincant, les auteurs réanalysent ces variables (l'immigration, la marginalité sociale, l'acculturation, la classe sociale) et les interprètent selon la perspective d'une contribution du réseau social. Hammer *et al.*, (1978) reprennent la même démarche pour la catégorie des études intensives et déduisent l'effet du réseau social sur les modes de communication, le stress, l'isolement social. Les auteurs concluent sur un modèle des réseaux sociaux et de la schizophrénie. Ils soulignent également les liens possibles entre la théorie et les réseaux sociaux dans le sens d'une intervention auprès du réseau comme approche de traitement des patients. Des propos similaires sont tenus par Greenblatt *et al.*, (1982).

4.4 L'identification des caractéristiques des patients psychiatriques et lien avec les services dispensés

Minkoff (1978) dépeint, par son relevé des études descriptives, les malades mentaux chroniques. Cette clientèle est caractérisée par plusieurs catégories diagnostiques: schizophrénie, maladie maniaco-dépressive, alcoolisme, syndromes cérébro-organiques associés à la sénilité, syphilis, retard mental, certaines addictions aux drogues et désordres de la personnalité. La chronicité est considérée plus ou moins grande lorsque la maladie dure depuis plus longtemps et lorsqu'elle est continue plutôt qu'intermittente au niveau des symptômes. Cet auteur distingue au plan de la réadaptation l'incapacité primaire et l'incapacité secondaire. L'incapacité primaire est causée par la nature intrinsèque de la maladie. L'incapacité secondaire provient des conséquences de la maladie (institutionnalisation...) et maintient la chronicité.

Un portrait des malades mentaux chroniques au plan de la récidivité, du niveau de symptomatologie, de la performance dans les rôles instrumentaux et vocationnels et du comportement social est fourni par Minkoff (1978). Le taux de récidivité se situe entre 25 et 30 % après six mois de congé de l'hôpital [Anthony *et al.*, (1972)], entre 26 et 50 % après un an [Anthony *et al.*, (1972); Sanders *et al.*, (1967); Silverstein, (1968); Gove, Fain (1977); Michaux *et al.*, (1969); Bockoven, Solomon, (1975)] et jusqu'à 75 % après de trois à cinq ans [Anthony *et al.*, (1972); Sanders *et al.*, (1967); Silverstein, (1968); Bockoven, Solomon (1975)]. Ce type de données a servi à Brown *et al.*, (1966), Kirk (1976), Rosenblatt, Mayer (1974) et Buell, Anthony (1973) pour dire que le meilleur prédicteur de la réhospitalisation est le nombre d'hospitalisations précédentes.

Au plan de la symptomatologie et de la morbidité Sanders *et al.*, (1967) affirment que 31 % des patients psychiatriques relâchés de l'hôpital avaient un statut psychiatrique normal alors que 44 % présentaient un statut limité et 25 % un statut anormal. Selon Fakhruddin *et al.*, (1972), 12 % des patients ont des perturbations symptomatiques alors que 3 à 5 % ont des comportements perturbés. Pour leur part, Davis *et al.*, (1974) relèvent que 50 % des patients psychiatriques causent des inquiétudes à leur famille à cause de leur symptomatologie, tandis que 37 % ont des idées bizarres et que 44 % ne sont pas coopératifs. Selon Minkoff (1978) la persistance des symptômes est variable. Il divise les patients psychiatriques au plan de la symptomatologie de la façon suivante : ⅓ ont des symptômes brefs, ⅓ ne présentent pas de symptômes et ⅓ manifestent des symptômes importants ou continus. En regard de la performance dans les rôles instrumentaux et vocationnels, Minkoff (1978) cite les travaux de Anthony *et al.*, (1978), Fakhruddin *et al.*, (1972), Sanders *et al.*, (1967), Lamb, Goertrel, (1977), Michaux *et al.*, (1969), Davis *et al.*, (1974), Braun *et al.*, (1966), Keith *et al.*, (1976) et Gove, (1977). Les conclusions qui se dégagent de ces travaux sont que seulement 15 à 30 % des patients sont employés à temps complet un an après leur hospitalisation, et que cette réalité est liée au fait que 75 à 80 % des patients relâchés sont handicapés et à la situation de vie du patient (marié, chez des parents ou en habitat protégé), ceux qui sont mariés étant davantage employés. Au plan de la performance dans les rôles instrumentaux, 45 à 80 % des femmes, selon leur chronicité, peuvent s'occuper complètement des tâches domestiques et un autre 20 % peut le faire avec une certaine assistance.

Le bilan qui est tracé de la socialisation de ces patients est tout aussi pauvre. Il semble que 28 à 40 % des patients n'ont pas d'amis intimes [Davis *et al.*, (1974) ; Mayers, Binn, (1964) ; Sanders *et al.*, (1967)]. En outre, seulement 20 à 30 % ont des activités communautaires [Mayes, Binn, (1964) ; Sanders *et al.*, (1967)]. Il ressort des propos de Minkoff (1978) que 25 % des patients sont très isolés, 50 % modérément isolés et 25 % passablement actifs. Ceux qui sont les plus actifs socialement sont moins chroniques, souvent mariés et employés.

Ces propos sont pertinents pour aider à délimiter les composantes d'un programme de réadaptation, mais en outre, à la lumière du portrait tracé par Minkoff (1978) des patients psychiatriques chroniques, il apparaît pertinent de relever les études descriptives qui ont

traité des corrélations entre le diagnostic au sens large et la récidivité et l'emploi.

Une autre étude synthèse, de Erickson (1975), traite entre autres éléments d'un certain nombre d'études corrélationnelles. Parmi les travaux répertoriés notons ceux de Gurel [Gurel, (1966); Jenkins, Gurel, (1959)]. L'étude fut conduite sur une période de 10 ans et portait sur 1 274 patients sélectionnés (jugés comme n'étant ni aigus, ni chroniques, ni réfractaires). Cette recherche indique que l'efficacité, variable selon les hôpitaux, calculée selon le nombre consécutif de nuits passées dans la communauté, était associée à une taille réduite de la ressource hospitalière et à un ratio personnel/patient élevé [Jenkins, Gurel, (1959)]. Ulman (1967) a raffiné les résultats de ces études. Il a défini le critère de résultat de l'intervention comme le pourcentage de schizophrènes nouvellement admis qui vécurent 90 jours consécutifs dans la communauté, à l'intérieur d'une période de 274 jours et le pourcentage de patients qui demeurèrent dans l'hôpital plus de deux ans. Les résultats de cette étude démontrent qu'indépendamment de l'âge et du statut civil, les petits hôpitaux obtenaient des taux de congé plus élevés et cela en maintenant le personnel de façon constante à travers les hôpitaux. Un personnel professionnel plus nombreux améliorait la récidivité et s'associait à un plus faible pourcentage de patients hospitalisés à long terme lorsque la grosseur de l'hôpital était constante. Finalement, des travaux de Ellsworth *et al.*, (1972) rejoignent certaines des conclusions précédentes. Ces chercheurs ont étudié à partir de données narratives et statistiques les taux de retour des patients dans les hôpitaux de vétérans (au total 39 hôpitaux). Les hôpitaux étudiés démontraient d'importantes variations de roulement de patients (« turn over »). Les hôpitaux qui démontraient l'augmentation la plus importante de « turn over » et de réduction des résidents à long terme possédaient des programmes de placement spéciaux, de plus petites unités de traitement et une plus grande compétition du personnel des unités. Le programme le plus productif bénéficiait de plus de recherches appliquées, d'une plus grande proportion de patients non classifiés et un ratio travailleur social/patient plus élevé.

Erickson (1975) conclut de ce relevé de la littérature que l'efficacité est reliée à la diminution de la bureaucratie, à une insistance sur les soins directs (« custodial ») et à une augmentation de la réinsertion dans la communauté. Il s'avère nécessaire d'examiner le bienfondé de ces conclusions d'Erickson (1975) à partir des méthodologies utilisées par les chercheurs répertoriés par ce dernier. Dans le

contexte d'études descriptives il nous semble justifiable d'émettre des hypothèses sur les facteurs liés à la récidivité, mais très discutable d'affirmer les influences d'une ou plusieurs variables. À titre d'exemple, la recherche de Ellsworth *et al.*, (1972) ne peut pas affirmer que c'est la stricte implantation de petites unités de traitement qui améliore la performance de l'hôpital. Il est possible que des facteurs qui prennent origine dans la restructuration de l'hôpital soient la cause véritable (motivation des patients et du personnel, par exemple) ou qu'ils soient complètement indépendants (ce serait les programmes mis en place, plutôt que la grosseur de l'unité, qui seraient significatifs).

Finalement, une dernière étude permet de recenser de façon passablement exhaustive les caractéristiques des patients.

Tesler *et al.*, (1982) tentent de dresser un portrait de malades mentaux chroniques intégrés dans les systèmes de support dans la communauté. Ces auteurs, à partir d'un échantillon aléatoire de 1 411 clients, décrivent l'information les caractérisant au plan démographique, clinique et fonctionnel et offrent parallèlement le détail des services reçus selon les 10 composantes essentielles d'un programme d'intervention dans la communauté [Turner *et al.*, (1978); Turner, Shifren, (1979)]. Au niveau de l'information sociodémographique: l'âge moyen est de 42 ans (12 % ont moins de 24 ans et 12 % plus de 65 ans), 47 % sont des hommes, 53 % des femmes). Quant au statut civil, seulement 10,9 % sont mariés (1,1 % vivent une relation conjugale, 56 % n'ont jamais été mariés, 20,9 % sont divorcés, 6,2 % veufs ou veuves et 4,8 % séparés). Seulement 33 % de l'échantillon ont complété des études secondaires, alors que 19,3 % ont fait des études collégiales. En outre, on note que seulement 25,9 % ont un emploi (41,8 % sur le marché du travail à temps complet ou à temps partiel, 37,1 % dans des ateliers protégés, 11,2 % dans des programmes d'emploi transitionnels, 8,7 % en formation et 1,2 % comme bénévoles). Il est remarquable de constater que les gains mensuels moyens sont de 325,07 $. Finalement, le lieu de résidence permet peu ou pas de supervision dans 55,2 % des cas, alors que 14,8 % des sujets vivent seuls et 31,8 % avec des membres de leur famille.

En ce qui concerne l'histoire clinique de ces sujets Tesler *et al.*, (1982) ont relevé l'âge moyen de la première hospitalisation (28 ans), le nombre moyen d'hospitalisations (4,3 par sujet), la médiane de la durée d'hospitalisation (22,5 mois) et la moyenne de la durée d'hospitalisation (88,8 mois). En outre, l'étude témoigne qu'un peu

plus du tiers de ces sujets ont été hospitalisés au cours des cinq dernières années et un peu moins du tiers durant la dernière année. Le diagnostic le plus fréquemment rencontré est celui de schizophrénie (69 %) (les autres diagnostics sont dépression, 12 %, retard mental, 4 %, syndrome organique, 5 % et alcoolisme, 2 %). On note que 84,4 % des sujets prennent des médicaments.

En regard du fonctionnement actuel de ces personnes les principales zones problématiques sont les suivantes : se transporter, faire son budget, suivre la médication prescrite, préparer les repas, verbaliser ses besoins, obtenir des services de support appropriés, souffrir d'obésité, souffrir de sous-nutrition et ressentir les effets secondaires des médicaments. Il semble que ces personnes ont une vie très solitaire (17 % n'ont aucune activité de prévue, 12 % sont sans amis, 25 % n'ont pas d'activités à l'extérieur de la maison). D'autre part, 11 % des sujets intégrés à la communauté posent des problèmes de comportement (vagabondage, comportement sexuel inapproprié, destruction ou vol de la propriété d'autrui, utilisation dangereuse du feu). Globalement 17,1 % des sujets sont décrits comme sévèrement handicapés et 43,2 % comme modérément handicapés selon des évaluateurs externes.

Parallèlement à ces besoins les services suivants étaient offerts à un certain nombre de patients : transports, soins médicaux et dentaires, services juridiques, services psychiatriques externes, assistance en situation de crise, services psychosociaux, logement, support au réseau naturel d'aide du patient et suivi régulier. À notre avis, des contraintes méthodologiques limitent l'interprétation de ces résultats. Ainsi, les services recensés risquent de ne pas être complets puisque l'examen se fait à partir des dix composantes des programmes définis par le NIMH. En outre, les données obtenues sur les évaluations des patients étaient issues des professionnels qui assuraient la gestion des cas, ce qui induit un biais. Quoi qu'il en soit, l'intérêt de cette recherche réside en ce qu'elle répertorie des besoins et des services qui ne sont pas fréquemment considérés dans les programmes de réadaptation dont on évalue l'efficacité. Pour faire écho à nos propos sur la distinction entre l'évaluation des besoins et l'évaluation des programmes, il est possible que l'absence de certaines de ces composantes (assistance en situation de crise, support au réseau naturel, logement) dans les programmes réduise leur efficacité sans pour autant que l'efficacité des autres interventions des programmes soient à remettre en cause.

4.5 En guise de conclusion

Si l'on résume la littérature recensée à la lumière de nos deux objectifs motivant l'analyse des études descriptives, les éléments suivants transparaissent:

Les chercheurs ont en général établi qu'à la fois des variables cliniques et des variables socio-démographiques influencent fréquemment non seulement la première admission, mais également le choix de l'intervention à l'interne et à l'externe ainsi que les réadmissions subséquentes en milieu psychiatrique. Stack (1975) mentionne que le statut socio-économique ou le statut non familial ou encore l'instabilité résidentielle sont souvent liés à une première admission. Ebringer *et al.*, (1980) soulignent que le statut civil, la durée de séjour, le nombre d'admissions et la stabilité du lieu de résidence différencient l'orientation vers un placement à l'interne ou à l'externe. En outre, ils suggèrent que la nature de la symptomatologie, la présence d'un handicap physique et la motivation du patient influenceront le retour dans la communauté. Au plan des facteurs affectant la réadmission Anthony *et al.*, (1973) insistent sur la valeur prédictive du nombre d'hospitalisations en ce qui concerne la réadmission, et de l'histoire d'emploi pour prédire l'accès à un emploi au sortir du traitement. Graig et Kline (1982) évoquent l'impact des éléments nombre et longueur des hospitalisations, types d'unités de traitement, le sexe, le statut civil, l'absence de support avant l'admission et le statut socio-économique (variables liées à l'hospitalisation et variables préalables à l'hospitalisation). De plus, ils soulignent que le type d'intervention lors du retour dans la communauté influencera également la réadmission. Gruber (1982) prétend que le sexe, l'âge, la classe sociale et le peu de personnes à charge conditionnent la réadmission alors que le nombre d'admissions, la durée de l'hospitalisation et la sévérité de la maladie expliquent surtout la durée de séjour mais également la réadmission. Lewis, Hugi (1981) considèrent l'impact de l'absence de travail et de l'isolement social sur la réadmission. Carpenter, Bourestom (1976) relèvent l'effet d'environnements stricts ou tolérants sur la réhospitalisation. Parallèlement, Linn *et al.*, (1980) suggèrent que le nombre d'occupants, le nombre de patients et la présence d'enfants dans une famille d'accueil influenceront le taux de réhospitalisation des patients. L'influence des réseaux sociaux sur la schizophrénie est abordée par Hammer *et al., (1978)* et Greenblatt *et al.*, (1982). Selon ces auteurs le réseau social d'un individu influencera la qualité de la communication qu'il démontre. Il semble que dans le cas des sujets schizophrènes les

caractéristiques du réseau social déterminent une admission plus ou moins rapide à l'hôpital et au maintien d'un contact lors de l'hospitalisation du patient. Finalement, le réseau social apparaît influencer, chez les schizophrènes, des changements de symptomatologie et le résultat de l'intervention. D'autres auteurs se sont attardés à décrire les besoins et les caractéristiques des patients psychiatriques. Minkoff (1978) fait le bilan des traits dominants des patients psychiatriques chroniques. Cette catégorie de patients est caractérisée par des réhospitalisations fréquentes, une symptomatologie de niveau variable, une faible performance dans les rôles instrumentaux et vocationnels et une faible socialisation. La revue des études corrélationnelles faites par Erikson (1975) contribue pour sa part à identifier certains facteurs qui sont liés à une plus grande efficacité de l'intervention. Il semble que pour une population de patients sélectionnés la grosseur de l'hôpital et des unités de traitement, le ratio personnel/patient, la stabilité du personnel, le type de programme et la compétition entre les unités de traitement favorisent des séjours plus longs dans la communauté ou un taux de roulement plus grand des patients et une réduction plus grande des résidents à long terme. En dernier lieu Tessler *et al.*, (1982) fournissent un portrait des caractéristiques démographiques cliniques et fonctionnelles des patients psychiatriques intégrés à la communauté. Ils soulignent l'importance d'établir un lien étroit entre les besoins des patients et les services offerts.

Malgré l'intérêt des facteurs recensés par ces études leur interprétation est sujette à caution. D'une part, parce que tel que nous l'avons mentionné précédemment, les études descriptives n'établissent pas de lien causal entre les facteurs et le phénomène étudié. D'autre part, la variété du type de patients considérés et des lieux de dispensation des services lorsque les patients furent évalués limite la généralisation des résultats obtenus d'une étude à l'autre. Par exemple, Minkoff (1978) décrit les patients chroniques, Anthony *et al.*, (1978) les patients psychiatriques, alors que Hammer *et al.*, (1978) s'intéressent particulièrement aux schizophrènes. Parallèlement, Tessler *et al.*, (1982) traitent des patients bénéficiant de soins dans la communauté, alors qu'Erickson (1975) s'attache au traitement hospitalier. À la suite de l'emploi d'une terminologie aussi diversifiée selon les auteurs il nous est impossible d'affirmer que les clientèles considérées sont identiques.

Conclusion

Sous le chapitre de l'hospitalisation traditionnelle, la revue de la littérature témoigne que l'hospitalisation traditionnelle, même si elle assure une *réduction de la symptomatologie* chez les patients psychiatriques, implique également *des difficultés lors du retour à la vie sociale normale*: perte d'emploi, adaptation sociale altérée et plus grande probabilité d'une réhospitalisation.

Les études qui ont traité des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle soulignent dans l'ensemble que l'hospitalisation brève, l'hospitalisation de jour et le traitement dans la communauté sont *aussi efficaces sinon plus efficaces* que l'hospitalisation traditionnelle. Cette efficacité des alternatives apparaît surtout imputable au fait qu'elles induisent moins d'effets négatifs: dépendance, réhospitalisation, etc. Notons toutefois que ces constatations générales ne s'appliquent pas *à tous* les patients hospitalisés. Il semble qu'une certaine portion de patients bénéficient *davantage* des mesures alternatives, notamment au plan de l'emploi, de la réduction de la symptomatologie et de l'amélioration du fonctionnement social, alors qu'une hospitalisation semble vraiment nécessaire pour une certaine catégorie de patients. Suivant les recherches, ces patients sont décrits comme suicidaires, homicidaires, souffrant de problèmes neurologiques, etc. En fait, l'ensemble des recherches replace l'évaluation des programmes d'intervention dans une juste perspective. On ne saurait définir *le* programme d'intervention le plus efficace, un programme sera plus ou moins efficace selon la clientèle à laquelle il s'adresse. Ainsi, certains patients seront nettement améliorés par des programmes dispensés dans la communauté, alors que d'autres, faute d'autres moyens d'intervention, requièrent une hospitalisation.

Le dépouillement de la littérature portant sur l'efficacité des services de réadaptation et de support psychosocial (médication, thérapie individuelle ou de groupe, entraînement aux habiletés sociales, hébergement protégé, etc.) indique que *les services spécifiques dispensés isolément sont moins efficaces que les programmes ayant un modèle psychosocial à plusieurs composantes*. Il semble en effet que les programmes offrant une aide directe dans les secteurs que l'on veut améliorer (entraînement aux habiletés quotidiennes, entraînement au travail, activités de socialisation...) permettent de réduire de façon plus substantielle les taux de réhospitalisation et la symptomatologie. Le recours au soutien à la famille

et aux mesures de transition apparaît *particulièrement efficace* dans le cas de certaines catégories de patients. Là encore ces données viennent compléter notre réflexion sur l'efficacité de l'intervention. S'il est vrai que diverses catégories de bénéficiaires profitent de façon variable de divers programmes d'intervention, il est également vrai que diverses catégories de bénéficiaires profitent de façon variable de divers services spécifiques. La seule règle générale qu'on peut énoncer est que *la continuité* des services semble essentielle, un grand nombre de recherches ayant démontré une perte des acquis une fois l'intervention terminée. Dans ce sons, l'intégration de diverses interventions sous forme de soins post-cure ou de systèmes de soutien dans la communauté est prometteuse tant au plan de l'impact de ces programmes sur les bénéficiaires que sur le maintien dans la communauté.

Finalement, les études descriptives révèlent que l'on peut recenser trois grandes catégories de facteurs qui sont liés à la consommation de services psychiatriques et au succès d'une réinsertion sociale. Il s'agit *de facteurs socio-démographiques* : sexe, niveau socio-économique, statut civil, instabilité résidentielle, nombre de personnes à charge, absence de support social ou de réseau social et isolement social ; *de facteurs individuels* : nature de la symptomatologie, présence d'un handicap physique, motivation du patient, histoire d'emploi, sévérité de la maladie, performance dans les rôles instrumentaux et vocationnels ; et *de facteurs liés à l'intervention* : durée et fréquence des hospitalisations, types d'unités de traitement, taille de l'hôpital, ratio personnel/patient, stabilité et attitude du personnel, type d'environnement de réinsertion et services reçus au moment de la réinsertion. C'est la considération de l'ensemble de ces facteurs qui permettrait éventuellement de déterminer *le* programme le plus efficace pour *ce* patient particulier.

Les limites méthodologiques

À l'instar de nos propos lors du premier chapitre nous traiterons des limites méthodologiques des recherches sous trois aspects : celle de l'identification de la population cible à l'étude, celle de la description des programmes d'intervention et celle des résultats de l'intervention.

• *Identification de la population cible à l'étude*

On identifie rarement dans les recherches précisément et validement les caractéristiques de la population cible qui est objet de la recherche. Souvent les groupes à l'étude ne sont pas standardisés en regard du diagnostic, du degré de psychopathologie, de symptomatologie, de l'histoire institutionnelle, etc. [Bachrach, (1982)]. Même dans une population exclusivement composée de patients psychotiques, il y a des degrés très hétérogènes de niveau fonctionnel, niveau symptomatologique et potentiel de réhabilitation. C'est ce qui amène certains auteurs comme Averbach, Pattisson (1976) à distinguer deux groupes de patients:

- ceux qui ont mené une existence marginale au plan social et n'ont pas acquis des niveaux de compétence sociale dans le passé, ni développé de ressources sociales;
- ceux qui, à un moment donné, ont atteint un certain degré de compétence sociale et d'habileté à fonctionner dans la communauté et donc ont un certain répertoire de ressources personnelles et sociales.

Bref, outre les variables mentionnées par Bachrach (1982) les groupes devraient être également pairés quant à leur performance et leurs ressources personnelles et sociales. D'autres variables seraient également à considérer. Il est ressorti clairement de notre analyse des études descriptives que le nombre d'hospitalisations, l'histoire de travail, le sexe, l'âge, la classe sociale et le nombre de dépendants peuvent jouer un rôle non négligeable sur les résultats d'une intervention.

Puisque nous constatons qu'un grand nombre d'études analytiques se contentent de décrire de façon nettement insuffisante la population cible, les conséquences sont les suivantes:

- on réduit la possibilité de comparer les résultats de diverses études;
- on rend difficile l'identification des caractéristiques des patients prédisant une réponse positive au traitement;
- on n'assure pas sans l'ombre d'un doute la comparabilité des groupes étudiés.

L'absence ou l'insuffisance de définition de la population cible limite donc singulièrement la portée des conclusions des recherches analysées.

En outre, nous remarquons que toutes les recherches analytiques définissent pour seule population cible les patients. Schulbert (1981) fait remarquer avec justesse qu'en réalité la famille des clients et la communauté dans laquelle ils résident sont également des populations cibles des programmes d'intervention dans de nombreux cas. Aussi l'évaluation des avantages d'un programme d'intervention devrait considérer l'ensemble de ses populations cibles.

- ***La description des programmes d'intervention***

La définition de programmes d'intervention par la seule base d'une philosophie et du lieu de dispensation du programme nous apparaît insuffisante. Il semble essentiel que des buts précis et opérationnels des programmes d'intervention soient définis afin d'apprécier la cohérence entre les objectifs et les résultats. En outre, la définition d'un programme d'intervention devrait inclure la définition de chacun des services offerts en quantité et en variété, les ressources humaines qui offrent ces services et le lieu où ils sont dispensés. Bachrach (1982) fait également valoir les limites méthodologiques des études évaluatives de ce secteur en raison de l'absence de méthodologie qui tient compte des effets interactifs des diverses techniques de soins utilisées dans le programme d'intervention. Selon cet auteur on doit connaître les effets des interventions spécifiques sur le statut du patient et les effets combinés de ces interventions. De plus, on ne peut juger équivalente a priori la dispensation d'un même type de service par deux ressources humaines différentes. Parfois, la littérature a fait allusion à l'efficacité relative de la dispensation d'un service selon qu'il est offert par tel ou tel professionnel [Gray *et al.*, (1979)]. Bref, en l'absence d'études systématiques ayant trait à la dispensation de mêmes services par des professionnels ou des bénévoles ayant des formations différentes, on doit inclure le type de personne qui offre le service dans la définition du programme. Finalement, bien sûr l'endroit où ces services sont dispensés peut influencer l'efficacité du programme et donc fait partie de sa définition. Notre dépouillement des études descriptives confirmait que la variété des services inclus dans le programme d'intervention s'avérait un élément important à considérer. En outre, ce relevé témoignait de l'importance des variables suivantes: taille de la ressource, ratio personnel/patient, existence de programmes de placement « spéciaux », taille des unités de traitement, présence de recherche et de compétition dans les unités d'intervention. En conséquence la définition du programme d'intervention devrait inclure:

- des objectifs opérationnels et mesurables;
- le lieu de dispensation: location, taille de la ressource, taille des unités de traitement, présence de recherche et de compétition dans les unités d'intervention;
- les ressources humaines qui offrent les services: temps consacré à la dispensation des services, formation, ratio personnel/patient, etc.;
- les services offerts: la variété, la quantité, l'interaction entre les divers services.

L'absence ou l'insuffisance de spécification de ces variables peut entraîner:

- une estimation erronée des éléments du programme qui sont responsables d'un résultat obtenu;
- une comparabilité difficilement évaluable entre deux programmes de même type;
- une réduction de la possibilité d'un pairage entre une clientèle cible spécifique et un programme spécifique.

Là encore les insuffisances constatées au niveau de la définition des programmes d'intervention limiteront la portée des conclusions des recherches analysées.

• *Les résultats de l'intervention*

Notre préoccupation sous cette rubrique sera d'estimer dans quelle mesure les résultats d'une intervention sont évalués de façon valide. Soulignons à cet égard que la variable de résultat la plus fréquemment utilisée, soit la « récidive » ou la « réhospitalisation », souffre de limites importantes. Bachrach (1982) suggère que l'utilisation de cette variable comme indice majeur du résultat de l'intervention est une pratique discutable. Elle fait valoir que cet indice peut être un « artefact » de l'histoire institutionnelle du patient, d'où influence de l'efficacité du programme selon la nature de la population bénéficiant du programme. En outre, la récidive est corrélée selon cet auteur à la durée de séjour à l'hôpital, aux politiques administratives de l'hôpital concernant la réadmission, aux arrangements de vie disponibles à l'extérieur de l'hôpital, au climat émotif de la famille du patient, etc. Donc, Bachrach (1982) appuie nos réserves à l'égard de l'indicateur de résultat, « réadmission ».

On remarque que lorsque d'autres critères de résultat que la réhospitalisation sont utilisés, ils sont rarement standardisés. C'est le cas de la symptomatologie psychiatrique, du fonctionnement social et de la satisfaction du client.

Schulberg (1981) dit que les principales dimensions qui sont évaluées lors des recherches sont le statut psychiatrique ou le niveau de détresse, le fonctionnement social, la satisfaction eu égard au traitement, le fonctionnement vocationnel et la nature des environnements physiques et sociaux. Bref, il semble que les évaluations de programmes présentent des limites à cause:

- de la non-standardisation des instruments [Bachrach, (1982)];
- de la non-utilisation d'instruments pour l'ensemble des dimensions à évaluer [Schulberg, (1981)];
- de la validité interne et externe limitée des instruments utilisés [Test, Stein, (1978)];
- de l'absence d'un instrument unique multidimensionnel [Schulberg, (1981)];
- de l'absence d'une évaluation longitudinale: l'intervention, au début de la période de traitement, à la fin de la période de traitement, au moment de la relance [Carpenter, (1979)];
- de la détermination mitigée de l'existence d'un lien de causalité: 8 principes à rencontrer [Cook, Campbell, (1979)].

Nous pourrions élaborer longuement sur les conséquences découlant de chacune de ces conditions pour l'analyse des résultats de recherches. Toutefois, là où la critique méthodologique prend tout son sens est dans l'exposé des limites de chacune des recherches du secteur qui nous occupe. Ce travail n'a pu être réalisé dans le cadre de notre mandat. Nous nous sommes limités à définir les grands principes méthodologiques qui doivent guider la critique des recherches de ce secteur.

Implications pour une politique de santé mentale

Étant donné que les résultats de recherche indiquent:

- que le secteur de la recherche sur les alternatives à l'hospitalisation fournit une des rares occasions dans le domaine des politiques où les données sont suffisamment claires pour qu'une action soit prise sans attendre des années de recherche future,
- que cette littérature nous démontre que la majorité des patients hospitalisés pour troubles mentaux pourrait être traitée au moins aussi efficacement, et parfois à moindre coût, ailleurs,
- que des services spécifiques donnés isolément (soit des services de psychothérapie, d'hébergement protégé ou autres) ont comme résultat une certaine réduction de la symptomatologie et des taux de réhospitalisation, avec une certaine amélioration de

la qualité de vie sans affecter le fonctionnement instrumental et que les taux de réhospitalisation, quoique réduits, demeurent élevés,

- que les seuls programmes qui améliorent ces résultats sont les programmes ayant un modèle psychosocial à plusieurs composantes intégrées, c'est-à-dire les programmes offrant une aide directe dans les secteurs que l'on veut améliorer
  - entraînement aux habiletés quotidiennes,
  - entraînement au travail,
  - socialisation,

  et qu'il semble qu'il faille une aide directe et intensive dans le secteur visé pour obtenir des résultats,
- que le support à la famille et au réseau semble réduire de façon importante le fardeau sur la famille et diminuer de façon substantielle le taux de réhospitalisation,
- que la continuité de services semble essentielle (les follow-up après la fin des projets expérimentaux indiquent tous une perte des acquis)

le Comité recommande :

- qu'une priorité soit accordée aux services aux personnes souffrant d'une incapacité mentale majeure et à long terme et que les structures organisationnelles soient modifiées de façon à leur assurer des programmes spécifiques répondant à leurs besoins de façon *continue* ;
- qu'une priorité soit accordée aux *interventions de crise* et qu'entre autres les *services d'urgence* soient modifiés en conséquence ;
- qu'une priorité soit accordée aux *interventions aux familles* et à l'entourage du patient ;
- qu'une priorité soit accordée au développement de *ressources d'hébergement* et de réadaptation diversifiées dans la communauté ;
- que la *façon d'allouer les fonds soit révisée* en fonction de ces priorités, mais qu'un des critères majeurs d'allocation de fonds dans la communauté soit la capacité d'assurer une continuité à long terme et l'implication d'une diversité de ressources interreliées plutôt qu'une ressource isolée qui risque d'avoir un impact minimal ;
- que les efforts pour mieux définir les systèmes de support et les réseaux sociaux des personnes souffrant de troubles mentaux soient encouragés et intensifiés.

Annexe

Références bibliographiques par voie informatisée sur l'utilisation des services psychiatriques

1 Psychiatric (W) Patient
et Mental (W) ill
et Mental (W) patient
et Mental (W) disabled
et Mental (W) hospital (W) patient
et Mental (W) health (W) centers

2 classification
taxonomy

3 besoins
services
ressources
programmes

4 utilisation

besoins
services
ressources
programmes

Medline 1 2 3 = 6 références
1 4 3 = 73 références

Health administration 1 2 3 = 18 références
1 4 3 = 183 références

Psycinfo 1 2 3 = 30 références
1 4 3 = 118 références

Références bibliographiques par voie informatisée sur l'efficacité de la réadaptation

« A » 1 Rehabilitation or readaptation psychiatric
psychologic
social
vocational

« B » 2 Efficacy or performance (W) measurement
3 Outcome or outcome (W) stud
4 Effectiveness or evaluation
5 Evaluating or successful (W) placement or successful (W) program

« C » 6 Work (W) rehabilitation
7 Foster (W) home or group (W) home or day (W) hospital
8 Day (W) center or supervised (W) apartment
9 Sheltered (W) care or residential (W) treatment or night (W) hospital
10 Alternative (W) treatment or hostil

« D » 11 Short (W) stay or long (W) stay or partial (W) hospitalization
12 Discharged and mental (W) hospital (W) patient
13 Outpatient or after (W) care
14 Post (W) hospital and adjustment
15 Post hospital and employment
16 Psychiatric (W) hospital (W) outcome
17 Psychiatric (W) hospital (W) discharge
18 Community (W) psychiatric (W) service
19 Community (W) psychiatric (W) placement
20 Community (W) psychiatric (W) stay
21 Sheltered (W) workshop or sheltered (W) employment

« E » 22 Industrial (W) therapy or recreative (W) method or ergotherapy
23 Social (W) psychiatric (W) treatment
24 Social (W) work (W) service
25 Family (W) approaches
26 Social (W) skill (W) training
27 Training and Community (W) living
28 Non professional (W) rehabilitation
29 Medication

MEDLINE (80-83/juillet) Croisements des variables	Nombre de références obtenues
	531
(1) A et B	77
(2) B et C	32
(3) C et D	643
(4) D et B	0
(5) A et B et C	
PSYCINFO (67-83/avril)	940
(1) A et B	198
(2) B et C	114
(3) C et D	1 037
(4) D et B	0
(5) A et B et C	

Croisements pour réduire le champ bibliographique
Les termes: experimental (W) studies
control (W) studies (6)
experimental (W) design
sont croisés avec les variables (1) (2) (3) (4) de chacune des deux banques de données.

Nouvelles combinaisons	Nombre de références
MEDLINE	
(1) et (6)	10
(2) et (6)	2
(3) et (6)	1
(4) et (6)	11
PSYCINFO	
(1) et (6)	7
(2) et (6)	6
(3) et (6)	0
(4) et (6)	27

Bibliographie

Relative à l'efficacité du support dans la communauté et des interventions de réadaptation chez les adultes ayant des troubles psychiatriques majeurs.

Angelo, G., Di Bella, W., Weitz, G.W., Pounterberg, D. et Yurmark, J.L. (1982). *Handbook of Partial Hospitalization*, N.Y., Brunner/Mazel Inc.

Anthony, W.A. & Farkas, M. (1982). A Client Outcome Planning Model for Assessing Psychiatric Rehabilitation Intervention. *Schizophrenia Bulletin 8(1)*.

Anthony, W.A., Cohen, M.R., Vitalo, R. (1978). The Measurement of Rehabilitation Outcome. *Schizophrenia Bulletin, Special issue on Community Support Systems*.

Anthony, A., Buell, G.J., Sharratt, F., Althoff, M.E. (1972). Efficacy of Psychiatric Rehabilitation. *Psychological Bulletin No. 78*, 447-456.

Anthony, W.A., Buell, G.J. (1974). Predicting Psychiatric Rehabilitation Outcome Using Demographic Characteristics: A Replication. *Journal of Counselling Psychology, 21(5)*, 421-422.

Anthony, W.A. (1979). *Principles of Psychiatric Rehabilitation*. Amherst, Mass., Human Resource Development Press.

Apte, R.Z. (1968). *Halfway Houses*. London, Bell.

Attkisson, C.C., Broskowrski, A. (1978). Evaluation and the Emergency Human Service Concept. IN C.C. Attkisson, W.A. Hargreaves, M.J. Horowritz, J.E. Sorensen, *Evaluation of Human Service Programs*. Academic press, p. 24.

Auerbach, E.D. & Pattison, E.M. (1976). Outcome of Social Rehabilitation: Whom Does it Help. *Social Psychiatry, 11*, 33-40.

Bachrach, L.L. (1976). *National Institute of Mental Health Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective*. DHEW Publication No. (ADM) 76-351, Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 20402.

Bachrach, L. (1982). Assessment of Outcomes in Community Support Systems: Results, Problems and Limitations. *Schizophrenia Bulletin, 8(1)*, 39-60.

Bachrach, L.L. (ed) (1983). *Deinstitutionalization in New Directions for Mental Health Services N.I.M.H.*

Beard, J., Pitt, R.B., Fisher, S.H. & Goerzel, V. (1963). Evaluating the Effectiveness of a Psychiatric Rehabilitation Program. *American Journal of Orthopsychiatry, 33*, 701-712.

Beard, J.H., Malamud, T.J. & Rossman, E. (1978). Psychiatric Rehabilitation and Long-Term Rehospitalization Rates: The Findings of Two Research Studies. *Schizophrenia Bulletin, 4(4)*, 662-635.

Becker, A., Schulberg, H.C. Phasing out State Hospitals — A Psychiatric Dilemma. *N. Eng. J. Med, 294*, 255-261.

Beels, C. (1978). Social Network, the Family and the Schizophrenic Patient. *Schizophrenia Bulletin, 4(4)*.

Beels, C. (1981). Social Support and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 4(1)*.

Black, B.J. (1970). *Principles of Industrial Therapy for the Mentally Ill*. Grune and Stratton, N.Y.

Blanchette, L. et al. (1982). *Réseau primaire et santé mentale: une expérience et recherche-action*. Unité de recherche psychosociale, Centre de psychiatrie communautaire, Centre Hospitalier Douglas, Montréal.

Braun, P., Kochansky, G., Shapiro, R. et al. (1981). Overview: Deinstitutionalization of Psychiatric Patients, A Critical Review of Outcome Studies. *Am. J. Psychiatry, 138*, 6.

Brook, B.D. (1973). An Alternative to Psychiatric Hospitalization for Emergency Patients. *Hospital and Community Psychiatry, 24*, 621-624.

Budson, R.D., Jolley, R.E. (1978). A Crucial Factor in Community Program Success: The Extended Psychosocial Kinship System. *Schizophrenia Bulletin, 4(4)*.

Buel, G.J., Anthony, W.A. (1973). Demographic Characteristics as Predictors of Recidivism and Post-Hospital Employment. *Journal of Counselling Psychology, 20(4)*, 361-365.

Buel, G.J., Anthony, W.A. (1975). The Relationship Between Patient Demographic Characteristic and Psychiatric Outcome. *Community Mental Health Journal, 11(2)*, 208-214.

Byers, E.S., Cohen, S.H., Hersbayer, D. (1979). The Quantity and Quality of After Care Servies: Relationship into Recidicism in Mental Hospital Parents. *Canadian Journal of Behavioral Service, 11(1)*, 11-20.

Carpenter, J.O., Boureston, N.C. (1976). Performance of Psychistric Hospital Discharges in Strict and Tolerant Environments. *Community Mental Health, 12:1*, 45-51.

Carpentier, M.D. (1978). Residential Placement for the Chronic Psychiatric Patient: A Review and Evaluation of the Literature. *Schizophrenia Bulletin, 4 (3)*, 384-398.

Casarino, J.P., Wilner, M., Maxey, J.T. (1982). American Association for Partial Hospitalization (AAPH) Standards and Guidelines for Partial Hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization, 1*, 5-21.

Cometa, M.H., Morrison, J.K. & Zishoren, M. (1979). Halfway to Where? A Critique of Research on Psychiatric Halfway Houses. *Journal of Community Psychology, 7*, 23-27.

Cook, T.D. & Campbelle, D.T. (1979). *Quasi Experimentation Design & Analysis Issues for Field Settings*. Rand McDally College Publishing Co. Chicago.

Craig, T.J. & Kline, N.S. (1982). Factors Associated with Recidivism: Implications for a Community Support Systems. *Community Support Service Journal*, Vol. II, No. 2.

Davis, A.E., Dinitz, S. & Pasamanick, P. (1974). *Schizophrenics in the New Custodial Community: Five Years after the Experiment*, Colombus, Ohio State University Press.

Davis, A.E., Dinitz, S. & Pasamanick, B. (1972). The Prevention of Hospitalization in Schizophrenia: Five Years after an Experimental Program. *American Journal of Orthopsychiatry, 43*, 375-388.

Di Bella, G.A.W., Weetz, G.W., Poynter-berg, D. & al. (1982).*Handbook of Partial Hospitalization*, N.Y., Brunner-Mazel.

Dellario, D.J. & Anthony, A. (1981). On the Relative Effectiveness of Institutional and Alternative Placement for the Psychiatrically Disabled. *The Journal of Social Issues*, Vol. 37, No. 3.

Dincin, J. & Witheridge, T.F. (1978). *Comparing the Effectiveness of Two Community Treatment Programs: A Summary of the Final Report*. Unpublished manuscript (Summary of final report of Illinois DMHD Research and Development Grant, No. 518).

Direction des politiques de santé (1982). *Projet de politique de santé mentale au Québec*, M.A.S.

Ebringer, L.C., Brown, J.R.W. (1980). Social Deprivation Amongst Short-Stay Psychiatric Patients. *British Journal of Psychiatric*, *136*, 46-52.

Engelhart, D.M., Rosen, B. (1976). *Implications of Drug Treatment for the Social Rehabilitation of Schizophrenic Patients*, Vol. 2, No. 3.

Erickson, R.C. (1975). Outcome Studies in Mental Hospitals: A Review. *Psychological Bulletin*, *82*, 519-540.

Fairweather,G.W., Sanders, D.H., Maynard, H. & Cressler, D.L. (1969). *Community Life for the Mentally Ill, An Alternative to Institutional Care*. Chicago, Aldine Publishing Co.

Fairweather, G.W. (1980). *The Fairweather Lodge, A Twenty-Five Year Retrospective*, New Directions for Mental Health Services, No. 7, San Francisco: Jossey Bass Inc.

Fenton, F.R., Tessier, L., Struening, E.L. (1979). A Comparative Trial of Home and Hospital Psychiatric Care: One-Year Follow-Up. *Archives of General Psychiatry*, *36*, 1 073-1 979.

Fenton, F.R., Tessier, L., Struening, E.L., Smith, F.A. & Benoit, C. (1982). *Home and Hospital Psychiatric Treatment*, University of Pittsbury.

Flomenhaft, K., Kaplan, D.M. & Langsley, D.G. (1969). Avoiding Psychiatric Hospitalization, *Social Work*, *16*, 38-45.

Gaston, L. & Hodgins, S. (1983). Services communautaires auprès des patients « chroniques ». *Cahier de recherche No. 4*, Institut Philippe-Pinel de Montréal, Miméographie.

Goofman, E. (1961). *Asylums*. Gardens City, N.Y., Doubleday.

Goldmeir, J., Shore, M.F. & Mannino, F.V. (1977). Cooperative Apartments: New Programs in Community Mental Health. *Health and Social Work*, *2 (1)*, 119-140.

Goldmeir, J. (1975). *New Directions in Aftercare: Cooperative Apartment Living*, Adelphie M.D., National Institute of Mental Health.

Goldmeir, J. (1977). Community Residential Facilities for Former Mental Patients: A Review. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol. 1, No. 4.

Grad, J. & Sainsbury, P. (1966). *Evaluating the Community Psychiatric Service in Chichester: Results In: Evaluating the Effectiveness of Community Mental Health Services*. E.M. Grunberg (ed), New York, Milbank Memorial Fund, pp. 246-278.

Grad, J. & Sainsbury, P. (1968). The Effects That Patients Have on Their Families in a Community Care and a Control Psychiatric Service, A Two Year Follow-Up. *Br. J. Psychiatry, 114*, 265-278.

Gravel, G.-B., Boyer, R. & Lamontagne, Y. (1984). *L'attitude des malades chroniques envers l'hôpital psychiatrique*, Miméographie.

Greenblatt, M., Becerra, R.M. & Seraferinides, E.A. (1982). Social Networks and Mental Health, An Overview. *American Journal Psychiatry, 139, 8*, 977-984.

Greene, L.R. & de la Cruz, A. (1981). Psychiatric Treatment: An Alternative to and Transition from Full-Time Hospitalization. *Comm. Mental Health Journal, 17*, 191-202.

Gruber, J.E. (1982). *Paths and Gates: The Sources of Recidivism and Length of Stay on a Psychiatric Ward Medical care*, Vol. XX, No. 12.

Gruenberg, E. (1967). The Social Breakdown Syndrome, Some Origins. *American Journal Psychiatry, 123*, 1 481-1 489.

Guay, J. (1981). Le réseau social de l'ex-patient psychiatrique. *Revue québécoise de psychologie, 2(3)*, Spécial, octobre, 41-57.

Hammer, M., Makieski-Barrow, S. & Cutwirth, L. (1978). Social Networks and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin 4(4)*, 522-545.

Hersen, M. (1979). *Research Considerations in Partial Hospitalization: A Current Perspective*. Luber R.F. (ed), New York Plenum Press.

Herz, M.I. (1982). Research Overview in Day Treatment. *International Journal of Partial Hospitalization, 1*, 33-44.

Herz, M.I., Endicott, J., Spitzer, R.L. & Mesnikoff (1971). A Day Versus Inpatient Hospitalization: A Controlled Study. *American Journal of Psychology, 127 (10)*, 107-117.

Herz, M.I., Endicott, J. & Gibbon, M. (1979). Brief Hospitalization: Two Year Follow-Up. *Archives of General Psychiatry, 36*, 701-705.

Hospital and Community Psychiatry (1983), Vol. 34, No. 2, Special section on deinstitutionalization, pp. 129-150.

Jenicer, M. & Cleroux, R. (1983). *Épidémiologie*, Edisem St-Hyacinthe, Québec, 454 pages.

Katkin, S., Zimmerman, V. & Rosenthal, J. (1975). Using Volunteer Therapists to Reduce Hospital Readmissions. *Hospital and Community Psychiatry, 26*, 151-153.

Kiesler, C.A. (1982). Mental Hospitals and Alternative Care, Non institutionnalization as Potential Public Policy for Mental Patients. *American Psychologist, 37:4*, 349-360.

Kiesler, C.A. (1982). Public and Professional Myths About Mental Hospitalization, An Empirical Ressessment of Policy-Related Beliefs. *American Psychologist, 37:12*, 1 323-1 339.

Kirk, S.A. (1976). Effectivement of Community Services for Discharged Mental Hospital Patients. *American Journal Ortho-psychiatry, 46*, 646-659.

Klein, D.F. (1980). Psychosocial Treatment of Schizophrenia, or Psychosocial Help for People with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, (6)*, 122-130.

Kris, E.B. (1961). Prevention of Rehospitalization Through Relapse Control in a Day Hospital. In M. Greenblatt et al., (eds), *Mental patients in transition*, Springfield, Ill., Thomas.

Krowinski, W.J. & Fitt, D.X. (1978). *On the Clinical Efficacy and Cost Effectiveness of Psychiatric Partial Hospitalization Versus Traditional Impatient Care with Six Month Follow-Up Date*. Report to Capital Bleu Cross, Reading Hospital and Medical Center, Day Treatment Center.

Lamb, H.R. & Goertzel, V. (1971). Discharged Mental Patients: Are They Really in the Community? *Archives of General Psychiatry, 24*, 29-34.

Lamb, H.R. et al. (1971). *Rehabilitation in Community Mental Health*, San Francisco, Jossey Bass.

Lamb, H.R. (1982). *Treating the Long-Term Mentally Ill*, Jossey Bass, San Francisco, Beyond Deinstitutionalization.

Langsley, D.G., Yarvis, R.M. (1978). The Sacramento Story. In Stein L.I. et Test M.A. (eds), *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, Plenum Press.

Langsley, D.G., Pittman, F.S. et al. (1968). Family Crises Therapy. *Results and implications Family Process, 7*, 145-168.

Langsley, D.G., Flomenhaft, K. & Machotka, P. (1969). Follow-Up Evaluation of Family Crises Therapy. *American Journal Ortho-psychiatry, 39*, 753-759.

Langsley, D.G., Machotka, P. & Flomenhaft, K. (1971). Avoyding Mental Hospital Admission: A Follow-Up Study. *American Journal Psychiatry, 127*, 1391-1394.

Lesage, A. & Lamontagne, Y. Vers une redéfinition de la psychiatrie communautaire au Québec. *Canadian Journal of Psychiatry*, (sous presse).

Levenson, A.J., Lord, C.J., Sermas, C.E., Thornby, J.I., Sullender, W. & Comstock B.A. (1977). Acute Schizophrenia: An Efficacious Out-Patient Treatment Approach as an Alternative to Full-Time Hospitalization. *Diseases of the Nervous System*, April, 242-245.

Lewis, D.A., Huji, R. (1981). Therapeutic Stations and the Chronically Treated Mentally Ill. *Social Service Review, 55(2)*, 206-220.

Liberman, R.P. (1982). Assessment of Social Skills. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 8, No. 1.

Linn, M.W., Klett, J. & Caffey, E.M. (1980). Foster Homes Characteristics and Psychiatric Patient Outcome. *Archives of General Psychiatry, 37*, 129-132.

Linn, M.W., Caffey, E.M., Klett, J. & Hogarty, G. (1977). Hospital Versus Community (Foster) Care for Psychiatric Patients. *Archives of General Psychiatry, 34*, 78-83.

Lorei, T.W. & Gurel, L. (1973). Demographic Characteristics as Predictors of Post-Hospital Employment and Readmission. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40:3*, 426-430.

Luber, R.F. (1979). *Partial Hospitalization: A Current Perspective*, N.Y., Plenum Press.

Marx, A.J., Test, M.A. & Stein, D.F. (1977). Extrohospital Management of Severe Mental Illness: Feasibility and Effects of Social Functioning. *Archives of General Psychiatry, 29*, 505-511.

Marzillier, J. (1978). Outcome Studies of Skills Training: A Review. In Trower Peter et al., *Social Skills and Mental Health*, Methuen & Co, London.

Mattes, J. (1982). The Optimal Lenght of Hospitalizations for Psychiatric Patients. *A review of the Literature Hospital and Community Psychiatry, 33:10*, 824-828.

Mc Farlane, W.R., Beels, C.C. & Rosenheck, S. (1983). New Developments in the Family Treatment of Psychotic Desorders. *Psychiatry up date The American Psychiatric Association Annual Review*, Vol. 11, Lester Grinspoon (ed), American Psychiatric Press, Washington, pp. 242-257.

Meltzoff, J. & Blumenthal, R. (1966). *The Day Treatment Center Springfield, Ill.* Charles C. Thomas Publisher.

Mendel, W. (1975). A Flexible and Responsive Non-Hospital Patient Care Program. Chapter in: *The Changing Mental Health Scene*, Hirschowitz R. (ed), Spectrum Publications.

Meyer, H.J. & Borgatta, E.F. (1959). *An Expriment in Mental Patient Rehabilitation*. New York, Russell Sage.

Minkoff, K. (1980). A Map of the Chronic Mental Patient. In J. Talbot (ed), *The Chronic Mental Patient*, A.P.A.

Mitchell, R.E. & Trickett, E.J. (1980). Tack Force Report: Social Networks as Mediators of Social Support, An Analyses of the Effects and Determinants of Social Networks Community. *Mental Health Journal, 16:1*, 27-44.

Mosher, L.R. & Menn, A.Z. (1978). Lowered Carries in the Community: The Soteria Model. In *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, L.I. Stein and M.A. Test (eds). N.Y., Plenum Press, pp. 75-113.

Mosher, L.R. & Keith, S.J. (1980). Psychosocial Treatment: Individual Group, Family and Community Support Approaches. *Schizophrenia Bulletin, 61*, 10-41.

Mosher, L.R. & Menn, A.Z. (1978). Community Residential Treatment for Schizophrenia: Two Year Follow-Up. *Hospital and Community Psychiatry, 29*, 715-723.

Mosher, L.R., Menn, A.Z. & Matthews (1975). Soteria: Evaluation of a Home-Based Treatment for Schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry, 45*, 455-467.

Moskowitz, I. (1980). The Effectiveness of Day Hospital Treatment: A Review. *Journal of Community Psychology, 8*, 155-164.

Murphy, H.B.M., Pennee, B. & Luchens, D. (1972). *Les foyers nourriciers: une nouvelle arrière-boutique?* Supplément No. 71 de l'hygiène mentale au Canada.

Nelson, R.O. (1981). Realistic Dependent Measures for Clinical Use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49(2)*, 168-182.

Pasamanick, B., Scarpitti, F. & Dinitz, S. (1967). *Schizophrenics in the Community, An Experimental Study, in the Prevention of Hospitalization*, N.Y., Appleton Century Crofts.

Paul, G.L. & Lenz, R.J. (1977). *Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patients*. Cambridge, Mass., Harvard University Press.

Polak, P.R. (1978). An Comprehensive System of Alternative to Psychiatry Hospitalizations. In *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, L.I. Stein and M.A. Test (eds), N.Y., Plenum Press, 115-137.

Polak, P.R., Kirby, M. (1976). A Model to Replace Psychiatric Hospitals. *J. Nerv. Ment. Dis., 162*, 13-22.

Quider, M. & Got, R. (1982). *Marginaux de la santé. La réadaptation sociale en psychiatrie*. Les éditions E.S.F., Paris.

Rabiner, E.L., Wells, C.F., Struening, E., Schmeidler, J. (1983). Toward a Holistic Model for Predicting Community Re-Entry Performance. *American Journal of Orthopsychiatry, 53:2*, 303-314.

Rapoport, R.N. (1974). *La communauté thérapeutique*, F. Maspero, Paris.

Riesman, C.K., Rabkin, J.G. & Struening, E.L. (1977). Brief versus Standard Hospitalization: A Critical Review of the Literature. *Com. Mental Health Review, 2*, 2-10.

Rosenblatt, A. & Mayer, J.E. (1974). The Recidivism of Mental Patients: A Review of Past Studies. *American Journal of Orthopsychiatry, 44*, 697-706.

Rowley, D. (1982). *Ressources alternatives en santé mentale*. Travail présenté au secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec.

Rutman, I.D. (1971). *Preventing Chronicity: A Study of Three Alternatives*. Unpublished report, Hill House, Philadelphia.

Sackett, D.L. (1974). *Evaluation of Innovative Community Ambulatory Care Programs During Periods of Social Change*. Hasting Commission Publications, Canadian Public Health Association.

Schooler, C. & Spohn, H.E. (1982). Social Dysfunction and Treatment Failure in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 8, No. 2.

Schulberg, H.C., Becker, A., McGrath, M. (1976). Planning the Phasedown of Mental Hospitals. *Community Mental Health Journal, 12, 1*, 3-12.

Segal, S.P. & Aviram, U. (1978). *The Mentally Ill in Community*. Based Sheltered Care, John Wiley & Sons, N.Y.

Sheldon, A. (1964). An Evaluation of Psychiatric Aftercare. *British Journal of Psychiatry, 110*, 662-667.

Siegel, L.M., Attkisson, C.C., Carson, L.G. (1978). Need Identification and Program Planning in the Community Context. In C.C. Attkisson, W.A. Hargreaves, M.J. Horowritz, J.E. Sorensen, *Evaluation of Humon Service Programs*. Academic press, p. 223.

Stack, L.C. (1975). Ecological Factors Related to First Psychiatric Admissions. *Journal of Community Psychiatry, (3)*, 215-223.

Stein, L.I. & Test, M.A. (1978). *Alternatives to Mental Hospital Treatment*. Plenum Press, N.Y. and London.

Stein, L.I. & Test, M.A. (1980). Alternatives to Mental Hospital Treatment I Conceptual Model, Treatment Program and Clinical Evaluation. *Arch. Gen. Psychiatry, 37*, 392-397.

Straw, R.B. (1982). *Meta-Analyses of Deinstitutionalization in Mental Health*. Unpublished doctoral dissertation, North Western University.

Suchman, E.A. (1967). *Evaluative Research Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs*. N.Y., Russell Sage Foundation.

Tessler, R.C. & Goldman, H.H. (1982). *The Chronically Mentally Ill: Assessing Community Support Programs*. Ballinger Publishing Company Cambridge Massachusetts, A Subsidiary of Harper & Row Publishers Inc.

Tessler, R.C., Bernstern, A.G., Rosen, B.M. (1982). The Chronically Mentally Ill. *Community Support Systems Hospital and Community Psychiatry, 33(3)*.

Test, M.A. & Stein, L.I. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment III. *Social Costs, Arch. Gen. Psychiatry, 37*, 409-412.

Test, M.A. & Stein, L. (1978). Community Treatment of the Chronic Patient: Research Overview. *Schizophrenia Bulletin*, Special Issue on Community Support Systems.

The Young Adult Chronic Patient (1982). *New Directions for Mental Health Services*, No. 14, Jossey Bass Inc.

Turner, J.C. (1980). Community Support Program Update. *Innovations*, Vol. 7, No. 2.

Turner, J.C. & Shefren I. (1979). Community Support Systems: How Comprehensive? *New Directions for Mental Health Services, 2*, 1-23.

Turner, J.C. (1977). Comprehensive Community Support Systems for Sercrely Mentally Disabled Adults. *Psychological Rehabilitation Journal, 1*, 39-47.

Vaughn, C.E. & Leff, J.P. (1976). The Influence of Family and Social Factors in the Course of Psychiatric Illness. *British Journal of Psychiatry, 129*, 125-137.

Vaughn, C.E. & al. (1982). Family Factors in Schizophrenic Relapse: A Replication. *Schizophrenia Bulletin, 8 (2)*, 425-426.

Wallace, C.J. & al. (1980). A Review and Critique of Social Skills Training with Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin, 6(1)*.

Wallot, H. (1980). La problématique de la désinstitutionnalisation aux U.S.A. *L'information psychiatrique, 56:8*, 949-965.

Washburn, S., Vannicelli, M., Longabaugh, R. & Scheff, B.J. (1976). A Controlled Comparison of Psychiatric Day Treatment and Inpatient Hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*, 665-675.

Watson, C.G., Fulton, J.R. & Gurel, L. (1975). Project Anchor: A Study of an Unsuccessful Volunteer Program to Help Former Patients. *Hospital and Community Psychiatry, 26*, 146-151.

Weisbrod, B.A., Test, M.A. & Stein, L.I. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment II, Economic Cost-Benefit Analyses. *Arch. Gen. Psychiatry, 37*, 400-405.

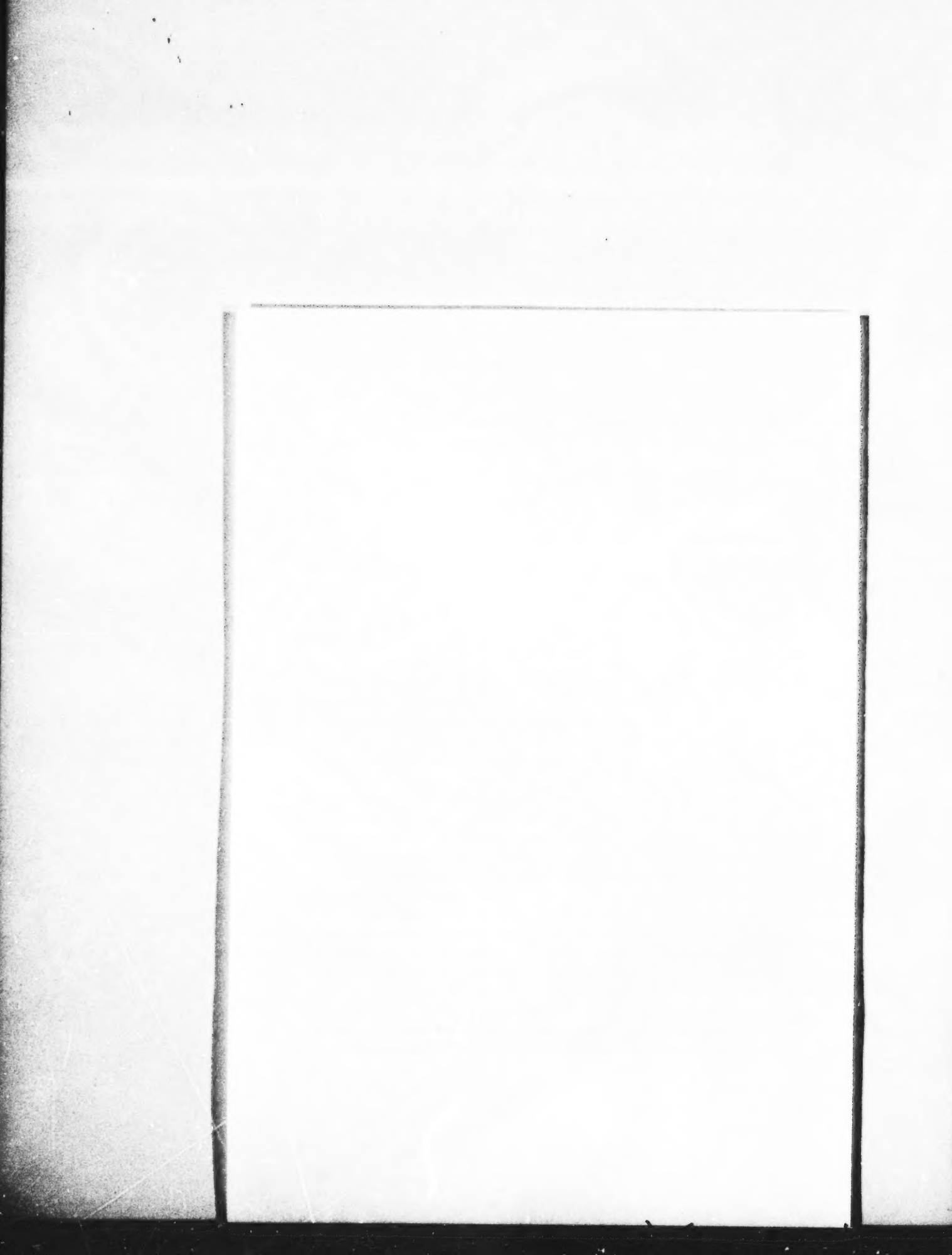
Weiss, K.J. & Dubin, W.R. (1982). Partial Hospitalization: State of the Art. *Hosp. and Community Psychiatry*, Vol. 33, No. 11.

Wilder, J.F., Levin, G. & Zwerling, G.I. (1966). A Two-Year Follow-Up Evaluation of Acute Psychotic Patients Treated in a Day Hospital. *American Journal of Psychiatry, 122*, 1 095-1 111.

Wing, J.K. & Morris, B. (eds) (1981). *Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice*, London, Oxford University Press.

Wing, J.K. (1978). Planning and Evaluating Services for Chronically Handicapped Psychiatric Patients in the United Kingdom. In *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, L.I. Stein and M.A. Test (eds), N.Y., Plenum Press.

Wolkon, G.H., Karmen, M. & Tanaka, H.T. (1971). Evaluation of a Social Habilitation Program for Recently Released Psychiatric Patients. *Community Mental Health Journal, 7(4)*, 312-322.



Liste des remerciements

Les auteurs de cet Avis remercient toutes celles et tous ceux qui les ont appuyés dans leur travail.

Ils adressent des remerciements très particuliers aux personnes qui ont procédé pour eux à une importante recension d'écrits pour leur ouvrage, ainsi qu'à une analyse et à une synthèse de ces écrits. Ces remerciements sont adressés à :

Madame Johanne Dompierre
Madame Amparo Garcia
Monsieur Jean Toupin
et Madame Thérèse Dostie

Ils remercient très cordialement aussi toutes celles et tous ceux qui leur ont communiqué de l'information dans le cadre de la consultation qu'ils ont menée auprès du réseau des Affaires sociales, des départements universitaires, des associations, des corporations et de la population sur l'objet de leur recherche. Ces remerciements sont plus spécifiquement adressés à (ou au(x)) :

— La Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec.
— La Corporation professionnelle des psychologues du Québec.
— La Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.
— M. Yvon-Robert Lavoie, du Service d'orientation et de réadaptation professionnelles à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
— M. Michel Mongeon, consultant au D.S.C. de l'Hôpital Sainte-Justine.
— Infirmiers, infirmières, infirmiers et infirmières auxiliaires du Département d'admission du Centre psychiatrique de Roberval.
— Psychologues du Centre psychiatrique de Roberval.
— Dr Sheilagh Hodgins, Ph. D., Directrice du Service de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.
— Madame Louise LaRue, Coordonnatrice du Projet-Nord au Centre hospitalier de l'Université Laval.
— Dr Bernard Magnan, m.d., Directeur des services professionnels au Centre hospitalier Pierre-Boucher.
— L'Association des Hôpitaux du Québec.

— Départements de santé communautaire de l'Hôpital de Chicoutimi et de l'Hôpital de Roberval.
— des intervenants du C.L.S.C. des Grands-Bois et des parents de l'Association des parents 0-5 ans de Chapais et Chibougamau.
— C.L.S.C. Saguenay-Nord.
— des intervenants psychosociaux du C.L.S.C. Châteauguay et Madame Claudine Laurin, Responsable de la ressource alternative « La maison sous les arbres » de Châteauguay.
— Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
— L'Association des centres de services sociaux du Québec.
— Madame Marie Leclerc, du Service de Condition féminine au ministère des Affaires sociales du Québec.
— Madame Laurette Champigny-Robillard, Présidente de l'Office des personnes handicapées du Québec.
— l'École de psycho-éducation de l'Université de Montréal.
— Groupe de recherche sur les pratiques de réseaux de l'École de service social de l'Université de Montréal.
— l'Association québécoise des parents et amis du malade mental — Section Rive-Sud (AQPAMM-RS).
— Madame Micheline Côté, Présidente de l'Association « Psycohésion » de Valleyfield.
— Dr J.-Luc Perron, m.d., psychiatre à Saint-Georges-Ouest.
— Dr Marc Grenier, m.d., de la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé au ministère des Affaires sociales du Québec.

Ils remercient Monsieur Christian Boutet pour la synthèse qu'il fit de toute l'information reçue dans le cadre de cette consultation.

Ils tiennent aussi à exprimer leur reconnaissance pour le support reçu

— au Dr Isaac Marks de l'« Institute of Psychiatry » de Londres.
— au Dr Melvin Sabshin de l'« American Psychiatric Association ».
— au Dr Stephen Goldston, Directeur de l'« Office of Prevention », au « National Institute of Mental Health (NIMH) ».
— au Dr E.L. Struening, du « New York State Office of Mental Health » et de l'Université Columbia.
— au Dr Neil Brown, Directeur de la « Community Support and Rehabilitation Branch » au « National Institute of Mental Health (NIMH) ».

— au Dr George W. Albee, de l'Université du Vermont.
— au Dr Emory L. Cowen, de l'Université de Rochester.
— au Dr David R. Offord, de l'Université McMaster.
— au ministère des Services communautaires et sociaux de l'Ontario.
— au ministère de la Santé de l'Ontario.
— au ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada.
— aux Drs Thornton et Shaw du « Clark Institute of Psychiatry » de Toronto.

Ils remercient Monsieur Pierre Vendette, Secrétaire du Comité de la santé mentale du Québec, pour sa participation à toutes les réunions du Groupe de travail responsable de la préparation de cet Avis et pour ses diverses et nombreuses contributions à la préparation et à la mise en forme du texte de cet Avis.

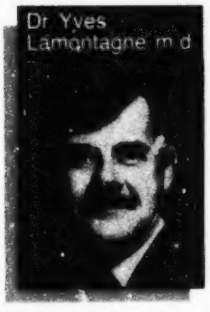
Ils remercient une fois encore le docteur Marc Grenier pour sa participation à la révision de la forme du texte final de cet Avis.

Ils désirent enfin remercier nommément pour leur appui à la préparation et à la mise en forme de cet Avis les personnes et entités suivantes:

— le Centre hospitalier Côte-des-Neiges.
— la Direction de la santé communautaire et des politiques de santé, ainsi que le Service aux communautés autochtones de la Direction « Liaison avec les régions périphériques » du ministère des Affaires sociales.
— Mesdames Monique Ingels et Marie-Josée Lessard, étudiantes graduées en psychologie.
— Messieurs Camil Lemire et Marc Custeau, bibliothécaires.
— Mesdames Colombe Barbeau, Diane Berthelet, Anne Duclos, Maude Dubois et Dolorès Nolet-Gosselin, secrétaires.

M.S.S., M. Phil.
Centre de services sociaux du Montréal-Métropolitain

Ph.D. (psychologie)
Université Laval



Psychiatre
Centre de recherche
Hôpital Louis-H
Lafontaine

Existe-t-il réellement des alternatives à l'hospitalisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques majeurs?

Comment est-il possible de relier les services thérapeutiques individuels dispensés à ces personnes et les services à caractère psycho-social dont elles ont aussi besoin?

Comment peut-on diminuer le taux de réhospitalisation de ces personnes?

Comment peut-on préserver les acquis de celles qui ont été traitées?

Ces questions — et d'autres de cette importance — reçoivent des éléments de réponse dans ce document qui repose sur une recension sérieuse des écrits.

Ce texte saura intéresser tous ceux qui s'interrogent sur l'efficacité du support qu'on peut apporter dans la communauté aux adultes souffrant d'un trouble psychiatrique majeur et sur l'efficacité des interventions de réadaptation qui peuvent être réalisées à leur intention.

Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales

Imprimé au Québec, Canad